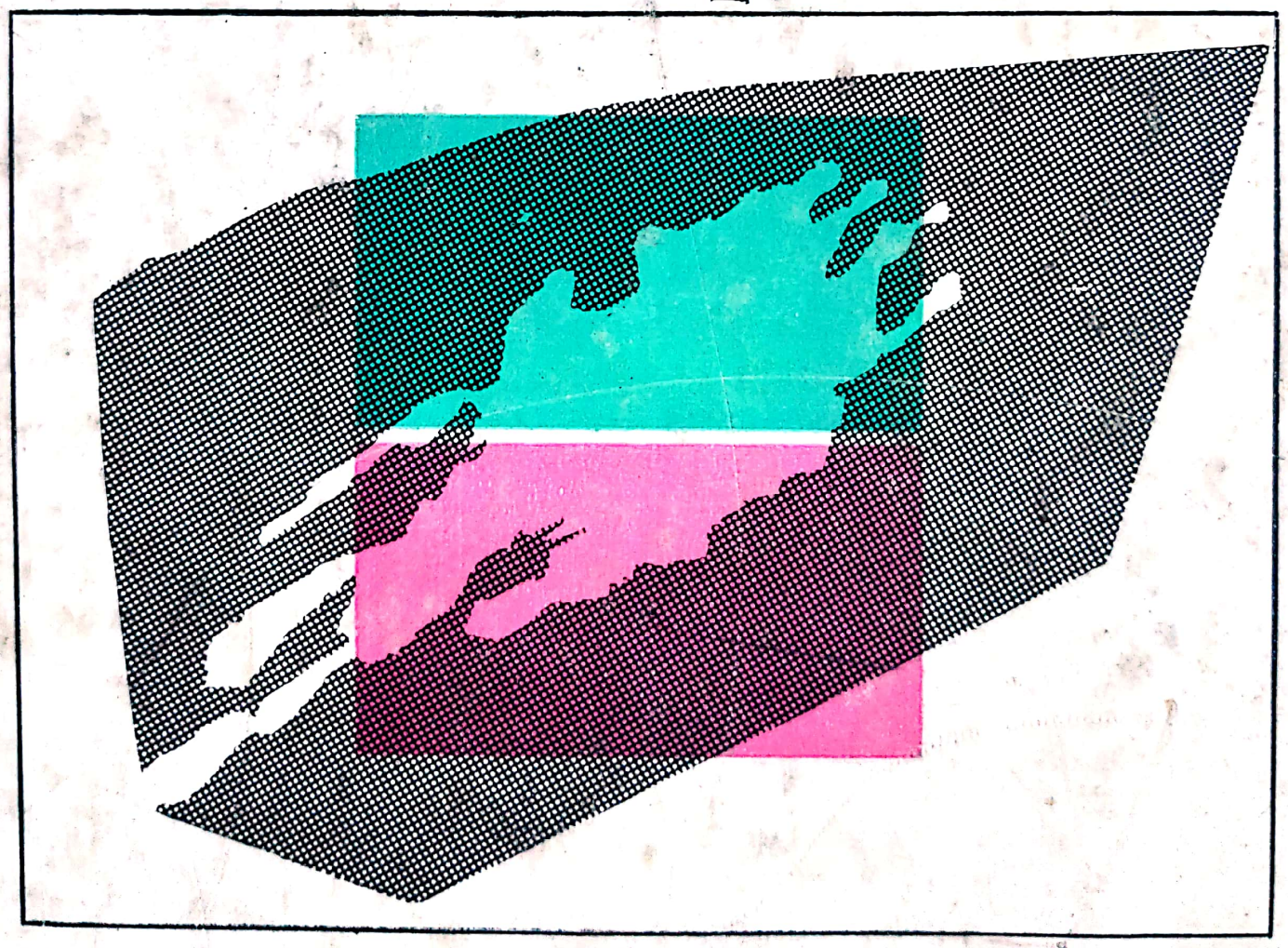
V. Mironțov-Țuculescu V. Predescu C. Oancea

Sănătatea mintală în lumea contemporană



Editura Medicală

Scanned with OKEN Scanner

SĂNĂTATEA MINTALĂ ÎN LUMEA CONTEMPORANĂ

Sub redacția

V. MIRONȚOV-ȚUCULESCU, V. PREDESCU, C. OANCEA

Autori:

L. ALEXANDRESCU, D. CHRISTODORESCU, GH. N. CONSTANTINESCU, E. DIMITRIU, F. GILDĂU, O. HANGAN, NICOLETA ILIESCU, TR. IONESCU, GH. LITINSCHI, B. LUCACIU, C. MAXIMILIAN, G. MEIU, V. MIRONȚOV-ȚUCULESCU, ȘT. NICA-UDANGIU, A. NICOLAU, A. NIȚURAD, C. OANCEA, M. POPA, V. PREDESCU, A. ROMILA

EDITURA MEDICALĂ • BUCUREȘTI, 1986

Scanned with OKEN Scanner

Cuprins

Pag.

Cuvînt înainte 7
In loc de prefață 5

CAPITOLUL I.

V. MIRONȚOV-ȚUCULESCU — Importanța problemei. Implicațiile biologice, economice și sociale ale bolilor psihice. Normalitate, sănătate mintală, boală psihică. Rolul sănătății mintale și al psihiatriei în dezvoltarea societății. Rolul societății în asigurarea sănătății mintale 11

CAPITOLUL II.

V. PREDESCU — Afecțiunile psihice în țara noastră și în lume. Fundamentarea modelului medical în psihiatrie. Scurt istoric al psiahiatriei românești 17

C. OANCEA, V. MIRONȚOV-ȚUCULESCU, TR. IONESCU — Epidemiologia afecțiunilor psihice 19

CAPITOLUL III.

V. PREDESCU — Etiopatogenia afecțiunilor psihice și posibilitățile lor de influențare în cadrul acțiunilor de prevenție primară 27

D. CHRISTODORESCU, C. MAXIMILIAN — Factorii ereditari. Ereditatea, inteligența și personalitatea. Profilaxia deficiențelor mintale. Programe de depistare a bolilor metabolice și mintale. Eugenie. Sfatul genetic . . 28

C. OANCEA — Factorii ecologici. Agresiunile în diferite etape ale vieții. Incompatibilitatea Rh, malnutriția, prematuritatea, infecțiile și intoxicațiile, radiațiile ionizante, traumatismele craniocerebrale, carența afectivă, agresiunile psihice și sociale 35

C. OANCEA, V. MIRONȚOV-ȚUCULESCU, V. PREDESCU, E. DIMITRIU, B. LUCACIU, GH. LITINSCHI — Factorii psiho-sociali. Familia și sănătatea mintală. Rolul mamei, tatălui. Carența afectivă și cognitivă. Copiii din creșe, leagăne, grădinițe. Hospitalismul familial și instituțional. Familia, școala, societatea în structurarea sănătății mintale. Instrucția, educația în învățămînt. Învățămîntul prescriptiv. Orientarea școlară și profesională. Mecanizarea, automatizarea, industrializarea, poluarea, urbanizarea, migrația, dezrădăcinarea. Delincvența. Salubritatea. Suprapopularea. Încărcarea femeii. Raportul competență-responsabilitate. Ritmul somn-veghe. Prestigiul profesiilor. Rolul microgrupului. Suferința psihică și randamentul 40

Pag.

V. PREDESCU, A. ROMILA, V. MIRONȚOV-ȚUCULESCU — Alcoolismul. Importanță, răspîndire, cauze, consecințe, măsuri de stăvilire . . . 81

G. LITINSCHI, M. POPA — Tabagismul. Răspîndire, consecințe, măsuri de influențare 90

ȘT. NICA-UDANGIU, A. NICOLAU — Conduita suicidară. Frecvență, cauze, măsuri de influențare 93

V. PREDESCU, A. NIȚURAD — Vîrsta înaintată și sănătatea psihică. Șocul retragerii. Măsuri de reintegrare 101

TR. IONESCU — Considerații demografice 107

CAPITOLUL IV.

V. MIRONȚOV-ȚUCULESCU — Posibilitățile psihiatriei contemporane de combatere a îmbolnăvirilor psihice, în cadrul acțiunilor de prevenție secundară. Rolul medicului de medicină generală în depistarea și tratamentul afecțiunilor psihice. Experiența olandeză. Laboratorul de sănătate mintală. Spitalul de zi și de noapte; alte tipuri de asistență semiambulatorie. Spitalul de psihiatrie; asemănări și diferențe față de spitalul de boli somatice. Criterii de construire a unui spital de psihiatrie. Rolul personalului. Ergoterapeutul, asistentul social 127

CAPITOLUL V.

V. MIRONȚOV-ȚUCULESCU, C. OANCEA, G. MEIU — Diminuarea consecințelor îmbolnăvirilor psihice în cadrul acțiunilor de prevenție terțiară. Handicapul primar, secundar, premorbid. Hospitalismul social. Evaluare, orientare, calificare, integrare. Tipuri de unități recuperatorii . . . 150

CAPITOLUL VI.

NICOLETA ILIESCU, V. MIRONȚOV-ȚUCULESCU — Legislația privind bolnavii psihici. Scurt istoric al concepțiilor referitoare la asistența bolnavului psihic. Primele reglementări. Date comparative de legislație privind bolnavii psihici periculoși 171

F. GILDĂU, V. MIRONȚOV-ȚUCULESCU, GH. N. CONSTANTINESCU, L. ALEXANDRESCU, M. POPA, O. HANGAN — Analiza periculozității. Noțiuni despre statutul și rolul de bolnav psihic. Concepția școlii românești de psihiatrie în organizarea asistenței bolnavilor psihici periculoși. Antipsihiatrie — cauze, obiective, consecințe. Critica antipsihiatriei. Psihiatria modernă, comunitară 193

În loc de postfață 219

Contens

Page

CHAPTER I.

V. MIRONȚOV-ȚUCULESCU — Importance of the Problem. Biological, Economic and Social Implications of Mental Diseases. Normality, Mental Health, Mental Illness The Role of Mental Health and Psychiatry in the Development of Society. The Role of Society in Ensuring Mental Health 11

CHAPTER II.

V. PREDESCU — Mental Diseases in Romania and throughout the World. Substantiation of the Medical Pattern in Psychiatry. Brief Historical Survey of Romanian Psychiatry 17

C. OANCEA, V. MIRONȚOV-ȚUCULESCU, TR. IONESCU — The Epidemiology of Mental Diseases 19

CHAPTER III.

V. PREDESCU — The Etiopathogenesis of Mental Diseases and Their Influence in Connection with Primary Prevention 27

D. CHRISTODORESCU, C. MAXIMILIAN — Hereditary Factors. Heredity-Intelligence-Personality Relationships. The Prevention of Mental Diseases. Programmes for the Detection of Mental and Metabolic Diseases Eugeny. Genetic Advice 28

C. OANCEA — Ecological Factors. Insults in Various Stages of Life. Rh. Incompatibility. Malnutrition, Prematurity, Infections and Intoxications, Ionizing Radiations, Head Injuries. Affective Depreciation, Phisical and Social Insults 35

C. OANCEA, V. MIRONȚOV-ȚUCULESCU, V. PREDESCU, E. DIMITRIU, B. LUCACIU, GH. LITINSCHI — Psycho-Social Factors, Family and Mental Health. Role of the Mother and Father. Affective and Cognitive Deficiency. Children in Crêches and Kindergartens. Family and Institutional Hospitalization. Family, School and Society in Structuring Mental Health. School Education. Prescriptive Teaching School and Professional Orientation, Mechanization, Automation, Industrialization, Pollution, Urbanization, Migration and Uprooting. Delinquency. Salubrity. Overpopulation. The Overburdening of Women Competence. Responsibility Relationship. Sleep-Wakefulness Rhythm. Vocational Prestige. Role of the Microgroup. Mental Distress and Efficiency 40

V. PREDESCU, V. MIRONȚOV-ȚUCULESCU, A. ROMILĂ — Alcoholism. Importance. Extent. Causes. Consequences. Control Measures 81

GH. LITINSCHI, M. POPA — Smoking. Extent. Consequences. Control Measures 90

ȘT. NICA-UDANGIU, A. NICOLAU — Suicide. Frequency. Causes, Measures Influencing Suicidal Behaviour 93

V. PREDESCU, A. NIȚURAD — The Elderly and Mental Health. The Shock of Retirement. Reintegration Measures 101

TR. IONESCU — Demographic Considerations 107

Scanned with OKEN Scanner

Page

CHAPTER IV.

V. MIRONȚOV-ȚUCULESCU — The Possibilities of Contemporany Psychiatry to Control Mental Diseases — Secondary Prevention. General Practitioner: Detection and Treatment of Mental Disorders. Durch Experience. Mental Health Laboratory. Day and Night Hospital. Other Kinds of Half Ambulatory Assistance. Mind Healing Hospital. Resemblance to and Difference from the Somatic Diseases Hospital. Criteria in Building a Mind Healing Hospital. Role of the Staff. The Ergotherapist, Social Assistant 127

CHAPTER V.

V. MIRONȚOV-ȚUCULESCU, C. OANCEA, G. MEIU — Means for Lowering the Consequences of Mental Diseases in Connection with Third Prevention Primary, Secondary and Premorbid Handicaps. Social Hospitalization: Estimation, Orientation, Qualification, Integration. Various Categories of Rehabilitation Centers 150

CHAPTER VI.

NICOLETA ILIESCU, V. MIRONȚOV-ȚUCULESCU — Legislation Concerning Mental Cases. Brief Concepts on the Assistance to Mental Patients. First Regulations. Comparative Legislation Referring to Dangerous Mental Cases 171

F. GILDAU, V. MIRONȚOV-ȚUCULESCU, GH. N. CONSTANTINESCU, L. ALEXANDRESCU, M. POPA, O. HANGAN — Critical Examination of Peril. Notions on the Status and Role of Mental Cases. Concept of Romanian School on the Organization of Assistance to Dangerous Mental Cases. Anti-Psychiatry: Causes, Objectives and Consequences. Criticism of Anti-Psychiatry. Modern Community Psychiatry 193

Instead of Afterword 219

Cuvînt înainte

Sănătatea mintală constituie una din cele mai importante preocupări ale lumii contemporane și o problemă majoră de sănătate publică atît în țările dezvoltate, cît și în cele în curs de dezvoltare. Complexitatea factorilor bio-psiho-sociali asociați bolilor și tulburărilor mintale a făcut ca acestor preocupări să li se acorde prioritate de către administrațiile sanitare, cercetători, instituțiile de formare a personalului.

Natura, geneza și interacțiunea factorilor de risc, precum și atitudinea colectivității față de bolnavii psihici au făcut ca sănătatea mintală să fie abordată multidisciplinar, într-o viziune sistemică. Cum era și de așteptat, din aceste eforturi colective au rezultat beneficii însemnate pe planul cunoașterii și acțiunii, în favoarea bolnavilor și a societății. S-au dezvoltat aspecte particulare în domeniul geneticii și biologiei umane, s-a produs o adevărată revoluție în terapeutică, au fost clarificate prin studii epidemiologice unele relații dintre factorii ecosistemului uman și boală, au apărut concepții noi, validate de practică, în domeniul asistenței medico-sociale și al integrării bolnavilor în societate.

Este meritul școlii românești de a fi promovat încă din secolul trecut o gîndire progresistă în domeniul psihiatriei, de a fi știut să urmeze cu sobrietate un drum distinct în labirintul curentelor novatoare — unele mai mult sau mai puțin efemere —, să aleagă, să adapteze și să dezvolte.

Autorii pun la îndemîna cititorilor o lucrare care are calități certe, menită să-i orienteze în înțelegerea prevenirii și recuperării bolilor psihice, cu gîndul nedeclarat, dar generos, de a le oferi motivația necesară implicării lor în strategia programului de sănătate mintală.

Lucrarea este valoroasă mai întîi prin orientarea sa profilactică și socială, care vizează medicina colectivității, atît de rar tratată în literatura noastră de specialitate. Prin aceasta, ea poate ocupa un loc confortabil în biblioteca oricărui medic ale cărui preocupări depășesc terapeutica prin medicamente și asistența pasivă a bolnavilor psihici. O altă trăsătură interesantă și modernă o constituie abordarea epidemiologică a bolilor și tulburărilor mintale, cu trecerea în revistă a principalilor factori de risc, oferind practicianului posibilitatea de a supraveghea diferențiat persoanele și grupele cu vulnerabilitate crescută. Accentuăm că materialul documentar a fost selecționat critic de specialiști cu o largă informare teoretică și cu o bogată experiență practică. În sfîrșit, un alt merit al lucrării, care poate fi valorificat în special de către conducătorii direcțiilor sanitare, ai unităților de profil și de specialiștii în domeniul sănătății publice, constă în posibilitatea elaborării obiectivelor unui nou program de sănătate mintală.

Nu putem încheia fără a aduce mulțumiri autorilor pentru pasiunea și efortul generos cu care au abordat o problemă atît de importantă și fără a ne exprima convingerea că cititorii vor reuși să înțeleagă astfel mai bine natura responsabilității ce le revine în promovarea sănătății mintale în țara noastră.

Prof dr. doc. DAN ENACHESCU

Scanned with OKEN Scanner

În loc de prefață

„Medicina este cea mai revoluționară dintre tehnologiile create de om. Ea nu sculptează statui, nu pictează tablouri, ci restructurează omul și viața umană"

Tristram Englehardt

În lumea contemporană, se vehiculează cu tot mai multă insistență ideea de criză. Criză care s-ar datora, în primul rînd, abdicării de la vechi iluzii, relativizării unor valori, viața rămînînd, totuși, miezul, esența lucrurilor. Unica și cea mai de preț comoară. Cu atît mai valoroasă, cînd este însoțită de o perfectă stare de sănătate, de bine, speranța noastră din totdeauna.

Pentru cele cinci sute de milioane de handicapați ai Terrei — conform estimărilor O.M.S. — sau chiar un miliard, după aprecierile unor specialiști, speranța se va confirma însă numai prin tratament, „participare din plin la viața și dezvoltarea societății", prevenire. Toate reprezentînd „datoria noastră, a întregii comunități mondiale, față de persoanele handicapate", cum sublinia fostul secretar general al Națiunilor Unite, Kurt Waldheim, la inaugurarea „Anului internațional al persoanelor handicapate", anul 1981.

În lumina unei concepții moderne, ilustrată convingător de „Programul mondial de măsuri preventive și de readaptare a persoanelor deficiente", accentul nu trebuie pus — cum se întîmplă încă în multe regiuni ale lumii — pe unități supraspecializate, unde un număr mic de „privilegiați" este supraprotejat, cel mai adesea, în dezavantajul lor fizic și psihic. Dimpotrivă, se urmărește readaptarea handicapaților în propria lor colectivitate. Obiectivul va fi, astfel, nu sublinierea handicapului, care diferențiază oameni de alți oameni, ci evidențierea punctelor comune, necesară punte între persoanele handicapate și cele normale, toate avînd aceleași drepturi, aceleași trebuințe. Se urmărește ca persoanele handicapate să devină conștiente de ceea ce pot face pentru ele și să-și conjuge eforturile spre a înfrînge reacțiile negative, manifestate atît de frecvent de semenii normali.

Sarcinile devin și mai grele în cazul handicapaților psihici care, după aprecierile specialiștilor O.M.S., reprezintă circa 25% din totalul deficienților. De ce mai grele ? Pentru că reacțiile de aversiune, frică, intoleranță, rejecție sînt mult mai frecvent și mai net exprimate, iar posibilitățile celor în cauză de a-și apăra drepturile, mult mai reduse. Și dacă ținem seama că majoritatea handicapaților fizici au suferințe psihice asociate sau manifestări psihice reactive, putem aprecia numărul suferinzilor psihici la aproximativ patru sute milioane ; după unii, chiar la 700—800 milioane. S-a constatat, de exemplu, că o persoană din cinci, care se prezintă la consultații de medicină generală, în țările subdezvoltate, suferă, sub o formă sau alta, de o tulburare psihică, iar un pat de

Scanned with OKEN Scanner

spital din trei, în statele dezvoltate, este ocupat de un bolnav cu suferință psihică declarată. Împovărător bilanț ! Datorită amplorii fenomenului și a importanței lui din punct de vedere biologic, economic, social, apare, astfel, justificat orice efort în direcția prevenirii îmbolnăvirilor psihice, cu toate consecințele lor.

Anticipînd evoluția demografică și estimînd repercusiunile îmbolnăvirilor, Plenara și Directivele Comitetului Central ale Partidului Comunist Român din octombrie 1968, și, respectiv, din februarie 1969, au trasat Ministerului Sănătății sarcina orientării prioritare spre activitatea de profilaxie. Ca urmare, a fost elaborat „Programul de promovare și apărare a sănătății mintale" pentru perioada 1972—1980, primul dintre programele de sănătate românești. Nu ne propunem să analizăm obiectivele și rezultatele acestuia, ele fiind în atenția organizatorilor de sănătate. Vom sublinia doar că programul românesc a permis, mai ales în asistența adultului, trecerea de la tipul depășit al îngrijirilor „azilare" la cel modern, al „psihiatriei comunitare", pacientul beneficiind de tratament în mediul său natural (familie, colectiv de muncă, societate). Unul din impedimente în aplicarea programului nu figurează în analizele oficiale. Este vorba de întîrzierea prezentării bolnavului la psihiatru și, implicit, a instituirii tratamentului de specialitate în timp util.

Una din cauze — confirmată recent de studii internaționale — o reprezintă *modul mascat de manifestare a bolii psihice ;* astfel, un procent însemnat de pacienți ajunge cu mare întîrziere la psihiatru, deoarece suferința lor psihică se exprimă „echivalent", prin semne somatice, pentru care apelează, timp îndelungat, la serviciile somaticianului.

O altă cauză o constituie *prejudecățile*. Prejudecățile populației, dar și ale lumii medicale față de bolnavul psihic, față de instituțiile psihiatrice. Fără justificare, multe persoane, chiar mulți medici, mai consideră că tot ceea ce are tangență cu pacientul psihic sau specialistul psihiatru este, în principiu, dăunător, incomod, neplăcut. Pentru a nu fi etichetați „bolnav psihic" și pentru a preîntîmpina eventualele greutăți în recîștigarea unor drepturi, adesea știrbite de prejudecăți, foarte mulți ocolesc psihiatrul, instituțiile psihiatrice. *Tratamentul neadecvat, asemenea tratamentului nerațional cu antibiotice, va modifica simptomatologia „de suprafață", ducînd la încapsularea suferinței psihice,* la cronicizare *și,* uneori, *la imposibilitatea de a mai influența boala,* chiar în cazul intervenției psihiatrului.

Prejudecățile operează și la nivelul familiei, conducerii instituțiilor, întreprinderilor, întregii societăți. Considerat *a priori* irecuperabil, stigmatizat, bolnavul psihic ajunge să fie deseori neglijat, repudiat, rejectat, izolat, abandonat. Lipsa de solicitudine din partea celor din jur, a stimulilor pozitivi din familie și societate accentuează handicapul : handicapului primar, cauzat de boală, i se adaugă handicapul secundar, complicație survenită prin însumarea simptomatologiei sindromului de hospitalism social, familial sau instituțional (datorat neglijării bolnavului) ; se micșorează, deci, șansele recuperării, chiar dacă defectul a fost inițial minor. Unica modalitate de compensare a handicapului primar și de prevenire a handicapului secundar este, concomitent cu terapia biologică și medicamentoasă, antrenarea bolnavului în activități diversificate, oferindu-i-se, astfel, posibilitatea de a fi util.

Scanned with OKEN Scanner

Organizarea unităţilor psihiatrice în mijlocul populaţiei, instituirea sistemului „uşilor deschise", înlăturarea constrîngerii în asistenţa bolnavului psihic contribuie la diminuarea reticenţelor şi prejudecăţilor, premisă ca pacienţii, populaţia să se adreseze psihiatrului cu încredere, din timp şi ori de cîte ori este nevoie.

În acest context, se profilează şi necesitatea influenţării, prin toate mijloacele, a opiniei publice privind bolnavul psihic şi instituţiile psihiatrice ; se profilează necesitatea iniţierii medicilor de medicină generală şi de alte specialităţi în probleme de sanogeneză mintală, factori etiologici, factori şi categorii de risc în îmbolnăvirile psihice, tratament cu psihotrope, posibilităţi psihoterapeutice, cu referiri asupra aportului, în recuperare, a fiecărui sector de activitate în parte.

Lucrarea de faţă încearcă să răspundă acestor deziderate adresîndu-se, deopotrivă, medicilor de medicină generală, organizatorilor de sănătate, economiştilor, juriştilor, cadrelor didactice, lucrătorilor sociali, organelor de ordine publică, conducătorilor de întreprinderi, tuturor factorilor de răspundere în activităţile sociale, fiecare cu rol bine determinat în asigurarea şi apărarea sănătăţii mintale.

Se adresează fiecăruia dintre noi, întrucît, prin ceea ce sîntem, ceea ce facem, cum ne comportăm, contribuim la sănătatea mintală a celorlalţi sau devenim factor de risc.

Lucrarea îşi propune, de asemenea, să-i informeze pe psihiatri asupra unor aspecte care nu figurează în tratate, să-i înarmeze cu un minimum de cunoştinţe organizatorice, necesare rezolvării unor probleme sociale ale bolnavilor psihici, constituind, totodată, o invitaţie la perfecţionare profesională continuă, la creşterea nivelului de cultură, pentru a fi în măsură să distingă, bunăoară, credinţele religioase normale, sub aspectul tradiţiei, de delirurile mistice, evitînd astfel, situaţii ridicole sau regretabile.

Şi pentru că speranţa rămîne, totuşi, premisa unui mîine mai luminos, nădăjduim ca mulţi dintre cititori să ajungă să privească cu înţelegere pe semenii lor care nu mai au posibilitatea cuprinderii celei mai umane dintre pierderi ; şi celei mai dramatice — independenţa economică şi socială, demnitatea, libertatea spirituală.

Scanned with OKEN Scanner

CAPITOLUL I.

Importanța problemei. Implicațiile biologice, economice și sociale ale bolilor psihice. Normalitate, sănătate mintală, boală psihică. Rolul sănătății mintale și al psihiatriei în dezvoltarea societății. Rolul societății în asigurarea sănătății mintale

Creșterea ponderii în cadrul morbidității generale, afectarea frecventă a păturii tinere și productive a populației, reducerea pe perioade îndelungate a puterii de muncă și sporirea cheltuielilor de asistență medicală și socială au determinat situarea bolilor psihice, alături de bolile cardiovasculare și cancer, printre marile preocupări ale lumii contemporane. Prin afectarea capacităților intelectuale și afective, se pierde sau se limitează discernămîntul și, implicit, capacitatea exercitării atribuțiilor profesionale, familiale, cetățenești. Prin ignorare sau neglijare socială și medicală, crește riscul apariției actelor de agresiune, uneori cu efecte iremediabile. Particularitățile de manifestare și consecințele biologice și sociale fac, astfel, din maladiile psihice o problemă majoră de sănătate publică.

În etapa pe care o parcurge în prezent țara noastră, sînt create condițiile devenirii armonioase a tuturor cetățenilor patriei, *starea de sănătate fizică și psihică constituind una din premisele importante pentru participarea lor eficientă la procesul edificării noii societăți.*

„Îmbunătățirea generală a condițiilor de viață, creșterea nivelului de trai, o mai bună educație generală și sanitară — așa cum subliniază T. Lin (1), îi fac pe oameni mai exigenți cu necesitățile lor emoționale și personale", lărgesc aria de preocupare a psihiatriei către zona normalității.

Studiul stărilor de boală și sănătate, precum și al factorilor care le influențează, *impune* precizarea conținutului acestor noțiuni și *stabilirea limitelor între normalitate, sănătate, boală.*

Dacă în medicina somatică acest lucru a fost posibil, în domeniul psihologiei și psihopatologiei delimitările sînt dificile, nici una din definițiile sănătății psihice nefiind satisfăcătoare. Dificultățile se datorează lipsei unor repere ferme pentru delimitarea stării de sănătate de cea de boală, mai ales în etapele incipiente ale suferinței psihice și în anumite forme atipice de îmbolnăvire, dar și sinonimiilor din limbajul curent între noțiunile normal-sănătos, anormal-bolnav.

Normalitatea psihică are o sferă mult mai largă decît sănătatea mintală. Ea se referă la calitatea înzestrării genetice, complex condiționate, a

Scanned with OKEN Scanner

individului din punct de vedere intelectual și afectiv. Astfel, ajungem să vorbim despre un subiect sub- sau supradotat referindu-ne la memoria, inteligența, atenția, voința sa.

Sănătatea psihică poate fi definită, în termeni mai generali, drept capacitatea individului de a menține echilibrul între funcțiile intelectuale și afective, de a se integra cu suplețe în viața socială. Deci, pot fi întîlnite persoane normale (înscriindu-se în media statistică), subnormale sau supranormale, dar avînd sau nu un echilibru interior, fiind sau nu în stare de a face față cu succes exigențelor ecosistemului (ecosistemelor), și beneficiind sau nu de o stare subiectivă de confort psihic.

Starea de *anormalitate* — înscrisă ca o abatere de la media statistică — poate fi compatibilă cu sănătatea mintală prin mecanismele compensatorii intervenite pe parcursul dezvoltării și maturizării dacă nu antrenează suferință sau dezadaptare ; din păcate, termenul de „anormal" se suprapune în mare măsură, în limbaj laic, termenului de suferință psihică.

Sănătatea psihică a fost definită printr-un mănunchi de criterii. *Criteriile prin negare* — sănătatea mintală fiind echivalată cu „absența bolii sau a infirmității psihice", „lipsa durerii, disconfortului și invalidității" sau „o stare rară care nu e totuși patologică" — au fost părăsite ; ele s-au dovedit insuficiente în formularea oricăror măsuri profilactice, lipsind punctele de reper în abordarea analitică a diferiților subiecți dintr-o populație, în vederea stabilirii nivelului de sănătate mintală și a eventualilor factori de risc dependenți de structura individului.

În ultimele decenii, au fost formulate numeroase definiții pornind de la criterii pozitive, precum : capacitatea de adaptare la schimbările de mediu, altruismul, controlul instinctelor, stabilitatea, realismul, maturitatea, autonomia, integrarea, armonia interioară etc. Sistematizînd, ele pot fi grupate în criterii la nivel *individual* și criterii la nivelul *grupului social*.

Prin criterii la „nivel individual" (2, 3, 4), sănătatea mintală este considerată „capacitatea de a crește și a învăța" (Ackerman, 1961), „capacitatea de autoactualizare" (Maslow), „de a face față exigențelor și situațiilor cotidiene, inclusiv propriilor noastre emoții" (Goldenson, 1970), „de adaptare flexibilă față de conflictele sale" (Krapf, 1963), „facultatea de a cunoaște și a acționa cu autonomie" (Pelicier, 1964).

Dar calitățile înscrise în asemenea definiții nu reprezintă pentru individ garanția echilibrului în societate și a stării sale subiective de confort. Motiv pentru care s-au delimitat și repere *„la nivelul grupului"*, necesare stabilirii contactelor sociale adecvate (3), și anume :

- predominanța relațiilor de cooperare și competiție, în defavoarea relațiilor conflictuale ;
- rezolvarea conflictelor prin mijloace pașnice ;
- echilibrul între atitudinea tolerantă și coercitivă în exercitarea funcției de control asupra componenților grupului ;
- menținerea coeziunii grupului prin atașamentul membrilor săi la valori și scopuri comune ;
- solicitarea, din partea individului, a exercitării rolurilor concordante cu personalitatea sa ;
- asigurarea securității emoționale ;
- acordarea justă a recompensei și sancțiunii ;

Scanned with OKEN Scanner

• aderarea la valori superioare și receptivitatea față de nou ;
• distanțarea între structura formală și informală și mobilitatea necesară pentru evitarea apariției tensiunilor cu efect dezorganizant.

În funcție de ponderea acordată unora sau altora din aceste calități, s-au conturat cîteva formulări (4).

Criteriul mediei statistice nu este satisfăcător ca unică modalitate, oferind mai cu seamă indicii referitoare la modul de a fi, de a reacționa, de a gîndi al grupului, al celor mulți, într-un context istoric, pierzîndu-se din vedere situația reală a individului. Un astfel de criteriu exprimă mai curînd repere de normalitate decît de sănătate.

Prin *criteriul adaptării*, sănătatea mintală a fost considerată „un anumit mod de adaptare, ce duce la un maximum de fericire și eficiență" (Menninger, 1945), „capacitatea de a stabili relații armonioase cu alte persoane" (Scoppa, 1972), „acea stare în care interrelațiile individ-mediu sînt relativ stabile, iar stresurile ambianței rămîn în cadrul capacității lui de asimilare" (Marmor și Pumpian-Mindlin, 1950), „posibilitatea psihismului ce permite insului exercitarea eficientă a inteligenței și afectivității, asigurîndu-i o adaptare socială suficientă și adeziunea la valorile recunoscute de majoritatea oamenilor ; este libertatea mintală de a se conforma pe deplin condiției umane" (Pelicier, 1964), „facultatea de adaptare la mediu și la situații, puterea de a accede la fericire, acceptarea sexualității și a altor forme de viață instinctivă, care trebuie să fie controlate de instanțele superioare ale psihismului" (Sutter, 1965). Criteriul adaptării, deși cuprinzător (în ultimul timp, conceptul a înglobat și învățarea, rezistența, renunțarea), nu este suficient. Un grad prea mare de adaptabilitate semnifică și superficialitate, alunecare spre conformism, chiar lașitate (2,4).

Criteriul dezvoltării dinamice definește sănătatea nu ca o stare de echilibru a forțelor antagoniste — sanogenetice și patogenetice —, ci un proces, rezultat al valorificării potențialului genetic într-un cîmp tridimensional : biologic, psihologic, social. În lumina acestei concepții, *sănătatea nu se „menține", ci se construiește, se promovează, se reînnoiește, fiind mereu alta, specifică fiecărei etape a dezvoltării individului* (2, 4, 7).

Criteriul integrării sociale relevă diferența în aprecierea sănătății mintale în funcție de psihologia de grup caracteristică diferitelor zone geografice și fracțiuni etno-culturale.

Studiile de psihopatologie transculturală au evidențiat faptul că obiceiurile, obișnuințele, credințele, cunoștințele unui grup social influențează nu numai conceptul sănătate-boală, dar și atitudinile față de individul sănătos sau bolnav. Astfel, numeroase manifestări particulare, considerate patologice într-o țară, sînt acceptate în alta, intrînd în cadrul elastic al obiceiurilor. Asemenea observații l-au determinat pe Willard, în 1963, să exagereze, afirmînd că „societatea este aceea care decide dacă un om este nebun sau sănătos". Or, nu trebuie să omitem că în examinarea unui subiect cu manifestări psihopatologice este necesară și analizarea particularităților grupului căruia îi aparține. Deci, criteriile sănătății și ale maladiei psihice depind nu numai de trăsăturile individuale, o mare pondere deținînd-o condițiile sociale și culturale. Astfel, orientalii se pot defini ca intenționalist-idealiști, în timp ce occidentalii pot fi considerați raționalist-realiști ; nordicii, mai introvertiți, sociofobi, iar meridionalii, extravertiți, sociofili. Potrivit acestui criteriu, sănătatea psihică va fi conside-

Scanned with OKEN Scanner

rată în funcție de mediul și istoria individului, rezultantă a forțelor contradictorii cărora trebuie să le apreciem nu numai caracterul pozitiv și negativ, dar și direcționarea în raport cu obiectivele fixate (Duchène) (2,4). Individul sănătos mintal trebuie să se adapteze, să se integreze activ și să modeleze mediul în care trăiește.

Criteriul axiologic evidențiază faptul că omul este creatorul și beneficiarul propriei sănătăți. Cadrul socio-economic și cultural ar oferi doar condițiile promovării sănătății mintale, sănătate a cărei origine o deține individul însuși. Asigurarea condițiilor nu este sinonimă cu valorificarea, care depinde de capacitățile individuale. Sănătatea mintală reprezintă capacitatea de utilizare la maximum a potențialităților în scopuri formative. Potrivit acestei concepții, sănătatea mintală este interpretată prin sistemul de valori al unei colectivități (Cloutier) la care se adaugă parametrii subiectivi ai examinatorului. G. Ionescu atribuie, în plus, muncii și codului etico-moral un rol important în sanogeneza mintală. Iar după Maslow, sănătatea mintală reprezintă „capacitatea de a îndeplini funcții sociale".

Sănătatea psihică (2) se edifică în raport cu anumite „precepte morale, condiționate de cerințe sociale" (Ajuriaguerra, 1975).

După părerea noastră, *criteriul etico-moral* constituie indicatorul cel mai sensibil în definirea sănătății mintale. Se apreciază drept prime semne ale scăderii nivelului sănătății mintale diminuarea simțului etico-moral, așa cum, în dimensionarea gradului de reabilitare, de recuperare, restabilirea comportamentului etic reprezintă un reper de valoare.

Urmărind cîteva din opiniile specialiștilor, observăm dificultățile reale în elaborarea criteriilor valabile pentru o definiție completă a sănătății mintale. Pentru o definire mai cuprinzătoare, unii autori propun introducerea, alături de criteriile pozitive, și a unor repere cu caracter negativ, precum „absența manifestărilor emoționale externe, a unor conflicte interne sau simptome de dezordine mintală" etc.

În definirea sănătății psihice, constatăm, de asemenea, cum criteriile prea generale riscă să lărgească aria sănătății, înglobînd și afecțiuni psihice. Criteriile limitative, în schimb, riscă să includă persoane sănătoase în zona patologicului. De aceea, unii autori preferă conceptul de „sănătate mintală optimală", „reală", celui de „sănătate mintală pozitivă", „ideală", acceptînd „cea mai bună stare de sănătate posibilă în condițiile existente", „un grad rezonabil de armonie internă și de integrare a personalității (de a gîndi, simți și acționa în mod coordonat), posibilitatea de a face față unei exigențe medii și de a fi socialmente acceptabil".

După părerea noastră, a te afilia unei asemenea definiții înseamnă a considera drept sănătate mintală nivelul și calitatea sănătății „posibile în condițiile existente", aplicabilă, de exemplu, și în cazul oligofrenilor sau chiar al psihoticilor.

Îmbogățirea continuă a criteriilor pentru delimitarea sănătății psihice — în fond, aspirația omului rațional la autodefinire, cu numeroase implicații filozofice, juridice, etice, culturale, sociale etc. — reprezintă tot atîtea repere pentru stabilirea granițelor bolii psihice.

Rezumînd, sănătatea mintală poate fi considerată o rezultantă a interacțiunii dinamice între factorii individuali și de grup. Ea este condiționată de disponibilități (calități) intelectuale și afective (înnăscute sau dobîndite), care permit indivdului realizarea, integrarea socială și auto-

Scanned with OKEN Scanner

depășirea. Calitățile trebuie să atingă un nivel satisfăcător al dezvoltării laturilor personalității, inclusiv al maturizării afective (diversitate, intensitate, mobilitate, stabilitate, concordanță).

Dintre aceste calități, unele sînt preponderent înnăscute. Cele dobîndite se structurează prin participarea familiei, cadrelor didactice, societății. „Contagiunea" normalității, cum o definește E. Pamfil (8, 9). În același timp, factorii sociali, cu rol deosebit în asigurarea sănătății mintale, sînt implicați și în determinarea suferinței psihice.

Pentru aceasta pledează și studiile de sociologie medicală ale lui Schelsky (5), care subliniază că „sănătatea și boala, din punct de vedere antropologic, sînt produse sociale, maladia mintală, prin durată și incriminările ei sociale, rămînînd cea mai serioasă boală". Corespunzător concepției nosologice, ce stă la baza orientării psihiatriei românești contemporane, *maladia psihică apare ca o expresie dinamică a interferențelor complexului de factori negativi biologici, psihologici și sociali.*

Promovarea sănătății mintale presupune studiul cauzelor, al dinamicii tulburărilor și bolilor mintale și, implicit, instituirea măsurilor de combatere și prevenire. Succesul acestor măsuri depinde de stadiul dezvoltării societății și științei, de capacitățile organizatorice și funcționale ale unităților sanitare, de participarea familiei și societății, de gradul colaborării dintre ele.

Problema cauzalității în psihiatrie depășește modelul medical al bolilor somatice (6). Astfel, alături de factorii toxici, infecțioși și de agresiune fizică, somatică, acționează, deseori preponderent, factorii psiho-sociali. Ei pot fi influențați numai prin eforturile conjugate ale întregii societăți: îmbunătățirea stării economice a populației, a condițiilor de muncă, de transport și locuit, ameliorarea alimentației, educației, adaptarea continuă a legislației, paralel cu dezvoltarea societății etc.

În acest sens, în țara noastră, *Legea nr. 3/1978* privind asigurarea sănătății populației precizează: *„Asigurarea sănătății populației se realizează potrivit unor măsuri complexe — economice, sociale, culturale și sanitare — integrate în planul național unic de dezvoltare economico-socială"*. Pe această bază, se creează condițiile corespunzătoare dezvoltării fizice și intelectuale a tuturor cetățenilor.

Dintr-o asemenea perspectivă, elaborarea și transpunerea în acțiune a unui program de promovare a sănătății mintale interesează, în egală măsură, toate instituțiile și compartimentele societății, indiferent de orientarea lor predominant medicală, economică, culturală sau socială, ceea ce impune concentrarea eforturilor atît pentru asigurarea condițiilor optime, necesare dezvoltării armonioase a personalității, cît și pentru neutralizarea factorilor ce ar putea să o influențeze nefavorabil.

Pentru elaborarea unui program rațional cuprinzător, care vizează participarea întregii societăți, se cer îndeplinite cîteva condiții:

— cunoașterea morbidității prin boli psihice, posibilă prin efectuarea unor studii epidemiologice și analiza incapacității temporare de muncă, a invalidității;

— cunoașterea factorilor de risc în îmbolnăvirile psihice și a etiopatogeniei, realizabilă prin cercetări nemijlocite în diverse domenii de activitate și colaborare interdisciplinară;

— aprecierea dinamicii morbidității în viitor, pe baza actualei morbidități, tendinței fenomenelor demografice, direcției de dezvoltare a societății etc.;

Scanned with OKEN Scanner

— cunoașterea posibilităților actuale, disponibile, de influențare a sănătății mintale și a îmbolnăvirilor ;
— evaluarea necesităților de intervenție ;
— stabilirea obiectivelor, acțiunilor și măsurilor ;
— precizarea etapelor și căilor de realizare a programului ;
— elaborarea programului de colaborare interdepartamentală.

BIBLIOGRAFIE

1. LIN T. — WHO Chronicle, 1970, 21, 12, 509—513.
2. IONESCU G. — Criteriile și coordonatele sănătății mintale, *Neurol. Psihiatrie, Neurochir. (Buc.)*. 1979, 2, 81—89.
3. PREDESCU V. și colab. — Conceptul de sănătate mintală — concept interdisciplinar. Relațiile interdisciplinare ale psihiatriei. Sesiunea științifică Socola-Iași, 1975.
4. IONESCU G. — Normal și patologic în viața psihică, în Probleme fundamentale ale psihologiei, Edit. Acad. R.S.R., București, 1980, p. 322.
5. PANSE F. — Das psychiatrische Krankenhauswesen", Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1964.
6. PREDESCU V. — Psihiatrie. Edit. Medicală, București, 1976.
7. FREEDMAN A., KAPLAN H. — Comprehensive Textbook of Psychiatry. The Williams and Wilkins Company 1967, Baltimore.
8. E. PAMFIL, D. OGODESCU, — Nevrozele, Ed. Facla, 1974.
9. E. PAMFIL, D. OGODESCU. — Persoană și devenire. Ed. Științifică și enciclopedică, 1976.

Scanned with OKEN Scanner

CAPITOLUL II.

Afecțiunile psihice în țara noastră și în lume. Fundamentarea modelului medical în psihiatrie. Scurt istoric al psihiatriei românești. Epidemiologia afecțiunilor psihice

Privit în perspectivă istorică, conceptul de sănătate mintală reflectă atît perioadele de regres, cît și pe cele de progres economico-social. Această perspectivă conturează nu numai zigzagurile eforturilor terapeutice, ci și importantele modificări produse în relațiile societate-bolnav psihic, relații care au oscilat în funcție de etapa istorico-socială.

Conturarea modelului medical în psihiatrie a avut marele avantaj de a fixa atitudinea față de bolnavul psihic și de a impulsiona dezvoltarea remarcabilă a spitalelor de psihiatrie.

În același timp, dezvoltarea spitalelor și creșterea capacității de spitalizare — cum afirma Purushottam Ioshi (1) — a făcut să pătrundă în conștiința socială conceptul de boală și sănătate mintală, impunînd integrarea științelor despre maladiile mintale în rîndul științelor antropologice și, ca urmare, a dus la organizarea unor echipe polivalente de tratament și cercetare. Astfel, s-a creat posibilitatea abordării științifice a maladiilor mintale, a punerii în valoare a factorilor psihologici și sociali atît în dezvoltarea personalității umane cît și în dezechilibrul ei.

Explicația unilaterală neurologică, organo-genetică, fiziopatologică sau biochimică, comună psihiatriei și celorlalte științe medicale, fiind depășită, a impus cîmpului de preocupări ale echipelor multidisciplinare de cercetare și tratament dimensiunea psihologică și socială, care a ameliorat atît înțelegerea etiologică cît și pe cea a dinamicii maladiilor mintale. Modelul medical actual în psihiatrie a căpătat, astfel, caracterul său complex, tridimensional : biologic, psihologic și social.

Ca ramură aplicativă a antropologiei, psihiatria are ca obiect studiul *prevenirii și combaterii bolilor și tulburărilor psihice* care afectează, în mod preponderent, omul în umanitatea sa și, ca atare, relațiile interumane : *ecologia psihiatrică* abordează interacțiunile dintre bolnavul psihic și mediul său ambiant ; *psihiatria transculturală* are ca obiect studiul raporturilor dintre cultura colectivităților umane și problemele de sănătate mintală iar *psihiatria socială*, în unitate dialectică cu psihiatria instituțională terapeutică, se ocupă mai ales de problemele sociale ale bolnavilor psihici, interferîndu-se, în zone largi, cu aspectele ecologice *psihiatrice și ale psihiatriei transculturale*.

Scanned with OKEN Scanner

Evidențierea și influențarea factorilor de risc, cunoașterea structurii morbidității și a particularităților determinismului îmbolnăvirilor psihice constituie obiectivele spre care este orientată activitatea psihiatriei ecologice și transculturale.

Depistarea precoce și instituirea măsurilor terapeutice reprezintă obiectivele *psihiatriei clinice*.

Urmărirea evoluției stării și situației bolnavului și deficientului psihic în familie, la locul său de muncă și în societate și acordarea sprijinului necesar în aceste compartimente ale vieții bolnavului constituie obiectivele psihiatriei sociale.

Această delimitare este pur teoretică, după cum teoretică este și delimitarea între acțiunile fiecărui compartiment din asistența bolnavului psihic; practic, acțiunile trebuie să fie sinergice și interferente, multidisciplinare, așa cum și determinismul bolii pshice este multifactorial.

Principiul de bază în recuperarea bolnavului psihic este menținerea acestuia în activitate. Antrenarea bolnavului în activitate reprezintă strategia recuperării sale; orice abatere de la regulă — indiferent care ar fi motivele — determină instalarea și/sau accentuarea pasivității, a izolării, și, implicit, a deteriorării. Ortostatismul reprezintă una din condițiile necesare menținerii activității. A doua condiție este echipa selecționată. A treia condiție: umanitatea, înțelegerea, afecțiunea.

Etapele de dezvoltare a psihiatriei românești nu diferă prea mult de cele ale țărilor din răsăritul Europei. Atitudinea față de bolnavul psihic, cuprinsă în Pravilele voievodului muntean Matei Basarab („Semnele nebuniei", 1652), o regăsim în tratamentele blînde din așezămintele mănăstirești și apoi în primele regulamente ale unor instituții (Ospiciul Mărcuța) conduse de medicii N. Gănescu și I. Protici, întemeietorul ergoterapiei instituționale (1859); începuturile psihiatriei clinice în cadrul învățămîntului medical — la București — sînt legate de numele lui Alexandru Șuțu (anul școlar 1867—1868).

Școala românească de psihiatrie, reprezentată de Al. Brăescu și L. Baliff, P. Brânzei (Iași), Al. Obregia, C. I. Parhon și Al. Șuțu (București), C. Urechia (Cluj), C. Țurcan, M. Isanos, N. Pojoga, a avut o influență de prestigiu asupra dezvoltării științifice și umaniste a conceptului despre boala psihică. Școala românească de psihiatrie și neurologie a militat pentru sistemul „ușilor deschise" în asistența bolnavului psihic, pentru integrarea lui precoce în familie și societate, mărturie fiind organizarea și dezvoltarea Spitalului de boli mintale din Sibiu, în anul 1863, Spitalului Central din Cernăuți, în anul 1866, Spitalului de boli mintale „Socola" din Iași, în 1905, Spitalului central de boli nervoase și mintale din București, în anul 1923, Spitalului Coștiugeni de lîngă Chișinău și altele.

Evenimente de seamă în dezvoltarea psihiatriei și a neurologiei în toate provinciile istorice ale țării le-au reprezentat înființarea societății de „Neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie" în anul 1918, sub președinția lui C. I. Parhon, editarea „Buletinului de neurologie și psihiatrie" în anul 1919 la Spitalul „Socola' — Iași, a „Buletinului spitalelor de boli nervoase și mintale din Cernăuți" în anul 1938 și a „Buletinului asociației profesionale a medicilor din orașul Chișinău". De asemenea, între 1918 și 1938 au fost organizate 18 congrese de neurologie și psihiatrie în diferite orașe din Muntenia, Moldova, Transilvania, Bucovina pe diferite teme: organizarea modernă a asistenței spitalicești, adoptarea poziției

Scanned with OKEN Scanner

determinist-ştiinţifice faţă de boala psihică, dezvoltarea cercetării ştiinţifice în domeniul activităţii nervoase superioare, elucidarea substratului morfo-funcţional al unor boli psihice, cercetări asupra biologiei vîrstelor etc.

Prin perseverenţa unor personalităţi de seamă s-a reuşit să se mărească numărul de paturi de psihiatrie, astfel încît, în anul 1938, existau în România 16 spitale de psihiatrie cu 5 695 de paturi, încadrate cu 84 de medici (2). La Cluj, Tg. Mureş, Inău, funcţionau trei instituţii pentru oligofreni. Pentru bolnavii psihici cronici au luat fiinţă aşezămintele de la Plevna şi Bălăceanca (lîngă Bucureşti), Răducăneni, Bohotin, Şipote în Moldova, Rîul Vadului şi Boiţa, lîngă Sibiu.

Cu toată această dezvoltare, nevoile de asistenţă nu erau nici pe departe satisfăcute, mai ales că multe dintre afecţiunile psihice erau consecinţa unor carenţe grave de alimentaţie, aspect social criticat incisiv de Gh. Marinescu încă din 1906 (3).

Activitatea de asistenţă, cercetare şi organizare a înregistrat progrese remarcabile în condiţiile noii orînduiri sociale, care au permis folosirea experienţei unor psihiatri precum Baliff, Gh. Preda, S. Roşu, cît şi îmbogăţirea, diversificarea şi adaptarea continuă a preocupărilor tuturor specialiştilor la cerinţele corespunzătoare dezvoltării societăţii noastre socialiste.

Concepţia determinist-ştiinţifică a psihiatrilor din ţara noastră îşi are izvoarele în studiile autohtone şi străine anatomo-clinice, biochimice şi neurologice, fără a se neglija aportul unor discipline asemenea psihologiei şi sociologiei, interferenţele plurivalente cu alte domenii ale ştiinţelor, ceea ce-i acordă psihiatriei caracterul de sinteză multidisciplinară.

Morbiditatea prin afecţiuni psihice. Date epidemiologice.

Datele *epidemiologice* reprezintă elemente preţioase pentru aprecierea morbidităţii şi prospectarea măsurilor preventive şi curative. În această direcţie, studiile privind dinamica bolilor psihice în România, în decursul secolului al XX-lea au evidenţiat cîteva aspecte semnificative :

Psihozele predominant exogene (luetice, pelagroase, puerperale, confuzive, alcoolice) au înregistrat o creştere importantă pînă în deceniul al VI-lea, expresie a condiţiilor economico-culturale şi medico-sanitare precare ale majorităţii populaţiei. În ultimii 30 de ani, ameliorarea condiţiilor de viaţă ale întregii populaţii a făcut ca psihozele pelagroase să devină o raritate, numărul celorlalte psihoze predominant exogene fiind în descreştere (4).

Psihozele predominant endogene (psihoze afective, schizofrenii), după un salt, în primul deceniu de după al doilea război mondial, manifestă, începînd cu anul 1955, o tendinţă de stabilizare (5).

Cercetări epidemiologice recente (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12) semnalează creşterea îngrijorătoare, în ultimele decenii, a depresiilor la femei şi copii (9, 10, 13, 14).

Studiile asupra stării de sănătate a populaţiei, în ţara noastră, efectuate de Ministerul Sănătăţii, relevă pentru perioada 1959—1965, o creştere a morbidităţii prin boli psihice de la 1,9 la 2,3 bolnavi la suta de locuitori : 18% psihoze, demenţe şi oligofrenii severe şi 82% suferinţe psihice de limită (nevroze, psihopatii, alcoolofilii, psihosindroame ale vîrstei înaintate, tulburări de comportament la copii) (tabelul I).

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul I

Morbiditatea prin boli psihice între 1959 şi 1965
(în procente)

Anul	Psihoze	Oligrofrenii	Psihonevroze	Alcoolism	Total
1959—1961	0,07	0,20	1,46	0,06	1,9
1964—1965	0,07	0,20	1,7	1,10	2,3

Numărul consultaţiilor şi al tratamentelor de neuropsihiatrie, raportate la un locuitor, a crescut, în aceeaşi perioadă, de aproape trei ori: de la 0,04 la 0,11. Din totalul persoanelor cu afecţiuni psihice luate în evidenţă, cca 10% sînt copii.

Analiza efectuată în anul 1970 de serviciul psihosocial al Spitalului „Socola", pe 12 485 de copii în vîrstă de 0—16 ani (5 389 de fete şi 7 096 de băieţi), din evidenţa Dispensarului policlinic al municipiului Iaşi, relevă că ponderea cea mai mare a îmbolnăvirilor o reprezentau reacţiile psihogene de tip nevrotic, encefalopatiile, epilepsiile şi tulburările de comportament.

Alt studiu, efectuat de Ministerul Sănătăţii în anul 1967, apreciază că tulburările şi afecţiunile neuropsihice la copiii între 6 şi 7 ani apar în 4—9% din totalul populaţiei de aceeaşi vîrstă.

Tsung Y Lin şi Standley considerau, în anul 1962, că indicele de răspîndire a bolilor psihice în lume variază de la 0,08% la 23%, fiind diferit de la o zonă la alta (15).

Pentru orientare, prezentăm rezultatele unor studii şi cercetări epidemiologice, întreprinse în diferite ţări, rezultate care, deşi au o anumită variabilitate, se menţin în limite apropiate.

După datele publicate de O.M.S., copiii sub 15 ani constituie aproximativ o treime din populaţia lumii, iar copiii între 3 şi 15 ani cu tulburări mintale persistente, cu caracter social handicapant, 5—15% (16, 17).

Un studiu sudanez (18) semnalează de pildă, simptome psihiatrice la 10% dintre copiii între 1 şi 15 ani dintr-un sătuc din această ţară africană.

În ceea ce priveşte repartiţia pe afecţiuni în populaţia infantilă, diferite cercetări ale O.M.S. şi UNESCO estimează: 7% intelect de limită; 2,5—3% debilitate mintală; 0,3% oligofrenii grave (0,24% imbecilitate şi 0,06% idioţie), 1,5% tulburări de limbaj; 0,10% deficienţe neuromotorii; 5% tulburări de caracter, tulburările nevrotice infantile nefiind menţionate. Ultima clasificare O.M.S. a bolilor psihice (1979) reduce oligofrenia la un QI (coeficient de inteligenţă) pînă la 70, plasînd astfel, intelectul de limită în categoria normalului (19). Avînd în vedere riscurile de eşec profesional şi social secundar, intelectul de limită devine o categorie din populaţia generală cu risc crescut, categorie care necesită o atenţie deosebită din punct de vedere medical şi educaţional.

Referitor la oligofreniile propriu-zise, afecţiuni mintale caracterizate prin handicap persistent, o cercetare efectuată în Franţa, în anul 1966, pe 12 300 000 de copii, apreciază: idioţie — 0,20% din populaţie; imbecilitate — 0,75%; debilitate mintală — 2,28%. Alte studii evidenţiază existenţa unei uşoare variabilităţi a frecvenţei formelor severe şi profunde

Scanned with OKEN Scanner

ale handicapului mintal (oligofrenie) între 0,4 și 0,8%, variabilitate legată și de eficacitatea unor programe de prevenție primară, introduse în ultimele decenii (19, 20, 21).

Debilitatea mintală ar afecta 2,5—3% din populația infantilă, în timp ce intelectul de limită s-ar constata la 5—9% din populația școlară (22).

Deși studiile lui Burt sugerează că intelectul de limită (QI de 70—85) se întîlnește la 12% din populația infantilă, iar întîrzierile psihice la 15% dintre copii, recent, Tansley și Gulliford consideră că 10% din populația de vîrstă școlară este „educațional subnormală" și ar necesita un învățămînt diferențiat.

Tulburările de limbaj — ținînd seama și de importantele variații genetice în ritmul de dezvoltare, cît și de ponderea factorilor educaționali familiali (23, 24) — au o frecvență relativ ridicată în primii ani de viață, corectîndu-se, în mare măsură, cu timpul. Astfel, la vîrsta de 3 ani (24), ar exista cca 5,7% întîrzieri specifice și 31,2% întîrzieri ale limbajului expresiv, la copiii mai mari prevalența lor reducîndu-se la 1% (25).

Incidența paraliziilor cerebrale se apreciază la 1—5,9%, din 1 000 de născuți vii, în raport și cu eficiența programelor de prevenție primară (26, 27, 28). Ele se asociază, în mare măsură, cu alte tipuri de handicap : epilepsie — 25—35% ; defecte vizuale — 25% ; defecte auditive — 15% ; tulburări de limbaj — 50%, la jumătate dintre aceștia limbajul fiind neinteligibil. Asocierea cu handicapul mintal este mai inconstantă : 1/3 cu intelect normal, capabili să se autoconducă ; 25% cu întîrziere mintală, dar cu un minim de deficit neurologic, necesitînd un mediu protector ; și 25% cu întîrziere mintală serioasă, asociată leziunilor neurologice, care au nevoie de atenție permanentă. Numai 5% din copii s-au dovedit străluciți din punct de vedere mintal, dar cu un handicap fizic accentuat, necesitînd acțiuni de socializare (29).

Estimările pe un lot de aproximativ 10 milioane de persoane din diferite regiuni ale lumii arată o incidență a epilepsiei de 0,9—2,1‰ din populație (28, 29, 30, 31). La cca 70% din cei afectați, crizele apar în copilărie și adolescență. Cu tratament adecvat, cca 60% nu mai fac crize ; în 25% din cazuri frecvența lor se reduce, permițînd o adaptare socială satisfăcătoare, iar la 15% crizele rămîn, din nefericire, necontrolabile (32, 33).

Prevalența autismului infantil ar fi cam de 4,5 la 10 000 de locuitori (33, 34).

Altă mare categorie de tulburări o reprezintă dizarmoniile comportamentale de dezvoltare (tulburările de comportament) ; după unele date (1970), în insula Wight (Marea Britanie), la copiii între 10 și 11 ani procentul lor este de 6,8 (anormalități emoționale și de comportament sau tulburări relaționale marcate și prelungite care provoacă o suferință persistentă sau handicap copilului și tulbură comunitatea) (35, 36).

În acest conglomerat de manifestări se disting : hiperactivitatea, dificultățile perceptual-motorii, tulburările de atenție și memorie, dezechilibrul emoțional, tulburările E.E.G. și semnele neurologice discrete. Toate pot crea dificultăți secundare de învățare, chiar dacă inteligența este normală.

Alte cercetări estimează frecvența tulburărilor de comportament la 5% din populația infantilă (37).

Unii autori (38) semnalează existența „problemelor" de comportament încă de la vîrsta de 3 ani, la 7% din populația examinată ; în 2/3 din cazuri ele s-au menținut și la 4 ani.

Scanned with OKEN Scanner

Sindromul de hiperkinezie (39) are o prevalență legată de vîrstă și afectează frecvent băieții. La copiii de 6 ani din America de Nord, de exemplu, s-a constatat că sindromul de hiperkinezie are o prevalență de 3%.

Studiul efectuat în R. P. Bulgaria de un colectiv condus de Boshanov (40), pe un număr de 5 135 școlari între 7 și 18 ani, a găsit o prevalență a nevrozelor de 14,8%.

În privința epidemiologiei bolilor psihice în perioada adolescenței, cifre globale ceva mai vechi semnalează un procent de 14,1 îmbolnăviri psihice, între 11 și 14 ani (41, 42), și 13,9 tulburări psihice la vîrsta de 10—19 ani în populația generală a unui sat din Norvegia, de pildă (43).

Unele cercetări mai recente, incluzînd și adultul tînăr (16—24 de ani), evidențiază o morbiditate prin boli psihice (44) de 15% ; altele (45) raportează, pentru aceeași vîrstă, 27,5%.

Conform datelor obținute prin evidență pasivă, prevalența celor considerați „bolnavi mintal" dintr-un oraș din Anglia, care au necesitat cel puțin o consultație pe lună (după criteriile elaborate de Bakotte, Shaw și Evans, 1953), este de 6,60‰. Alte studii efectuate tot în Anglia, în perioada 1965—1968, relevă o proporție de 7,8—8,4‰ (Kessel, 1965) și 9,7‰ (Baldwin, 1967) pentru persoanele de 15 ani și după această vîrstă (adolescenți) (41).

Aspectele cele mai importante de sănătate mintală ale adolescentului se referă la tulburările de adaptare socială, cu delincvență juvenilă, toxicomanii, comportament suicidar (46, 47).

În ultimii ani, în unele țări, capătă un contur mai net patologia neuropsihică a studenților, delimitîndu-se așa-numita *psihiatrie universitară;* la aceștia domină stările nevrotice, în special cele cu aspect neurastenic, și unele manifestări cu caracter dizarmonic, legate de dificultățile de : adaptare la viața studențească, greșelile în orientarea academică, stresul informațional, dificultățile de studiu. În acest sens, din datele lui W. Bräutigam (48), care a sintetizat situația din S.U.A., Marea Britanie, Belgia și alte state, rezultă că aceste afecțiuni apar la 5—15% din totalul studenților.

UNESCO apreciază că 10% din populația studențească are nevoie de asistență psihiatrică și psihologică.

Cercetările românești (49, 50, 51), efectuate în centrele universitare din București, Iași și Cluj-Napoca, arată aproximativ aceeași frecvență (cca 10%).

În toată lumea se acordă atenție deosebită depistării tinerilor fără ocupație, categorie cu potențial infracțional ridicat. După cum reiese din documentele Organizației Națiunilor Unite (1965), a crescut mult delincvența juvenilă după cel de-al doilea război mondial. Henry Brill, de exemplu, afirmă că a devenit o problemă importantă nevoia mereu crescîndă de internare a tinerilor între 16 și 21 de ani (52) ; autorul estimează la 2—12% populația juvenilă care are nevoie de asistență psihiatrică ; se apreciază că numărul celor ce au nevoie de spitalizare depășește cu mult posibilitățile de cazare ale instituțiilor existente (instituții de asistență socială, spitale de psihiatrie etc.).

Pentru bolile psihice la vîrstele tinere, mijlocii și înaintate, cercetările suedezilor Essen-Moller (1947) și O. Hagnell (1966) apreciază două vîrfuri de morbiditate cu specificul lor :

— primul, cu debut în jurul vîrstei de 30 de ani și chiar mai timpuriu ;

Scanned with OKEN Scanner

— al doilea, în decadele tîrzii, cu debut la 58—60 de ani, la bărbați (datorită aterosclerozei cerebrale cu debut mai timpuriu) și în jur de 70 de ani, la femei.

În majoritatea cazurilor, boala psihică nu a constituit o caracteristică a întregii vieți, ci un accident cu evoluție fluctuantă (53).

Structura și volumul morbidității în această perioadă variază destul de mult de la un studiu la altul. Astfel, *patologia psihică net constituită este de 13,6% din populația generală* în studiul lui Essen-Moller *(1956); 13,5—18%* în cercetările poloneze, Gnat T. și Henisz J. (1966) (54); *18,51%* în studiile lui Predescu și colab. (1974) (55); *20%*, după datele americane, Hare și Shaw (1965) (45); studiile canadiene și americane indică un exces de morbiditate psihică — 41—50% (A. și D. Leighton, 1963).

Un studiu argentinian (50) asupra morbidității prin boli psihice, într-o suburbie industrială a orașului Buenos Aires, evidențiază o prevalență de 20%, pentru femei, și 12%, pentru bărbați.

O serie de bolnavi internați în spitalele de boli interne oferă tabloul unei patologii asociate sau a simptomatologiei psihice situate pe prim plan care, după unele studii, ar atinge 40—50% (57).

Categoriilor de bolnavi psihici codificabili (cu afecțiuni stabilite), li *se adaugă un grup variabil de persoane din populația generală care, deși se plîng de unele simptome izolate, rămîn și funcționează în comunitate* (E. Hare, 1970), putînd constitui însă un rezervor de morbiditate (categorie apreciată, în orice caz, cu risc crescut de îmbolnăvire); în studiul întreprins de colectivul de la București (55), acest grup a reprezentat *18,34% din populația adultă a eșantionului de 11 790 de subiecți*, comparativ cu 57,6%, din cercetările lui Srolle (58), în 1962, sau cu 54,7%, după Essen-Moller.

Studiile inițiate de O.M.S., cu un caracter mai general, menționează prevalența sindroamelor psiho-organice între 5 și 10% din populația peste 65 de ani.

Luînd în considerație patologia psihică bine constituită, notăm că diferențele prezentate în literatură par să țină de două categorii de factori: criterii diferite de definire a bolilor psihice, mai ales în zona marginală către normalitate; deosebiri reale între populațiile studiate.

Este evident astfel (legat de cea de-a doua ipoteză) că studiul cu cea mai mică morbiditate (Essen-Moller) se referă la morbiditatea unei mici comunități rurale, pe cînd cercetările poloneze vizează comunități atît din mediul rural, cît și din cel urban; studiile românesc, englez și american analizează morbiditatea din comunități urbane, gradul de artificializare a mediului ambiant și modificările ecologice cele mai semnificative considerîndu-se că aparțin celui american, legat de orașul New York.

Studiul epidemiologic (59) efectuat de P. Juhasz a arătat că morbiditatea prin nevroze (probabil, și prin alte tulburări emoționale, legate de presiunea procesului de schimbare socială) într-un sat din Ungaria, în perioada colectivizării și urbanizării incipiente (1961—1970), se ridica la 42,2%; era vorba, desigur, de o stare tranzitorie.

Datele privind incidența sau prevalența bolilor psihice, prin variabilitatea lor, îngreuiază generalizarea sau extrapolarea rezultatelor de la o țară la alta, o cauză constituind-o și criteriile neunitare de apreciere.

Cele mai corecte aprecieri se pot face numai pe baza studiilor de sănătate a întregii populații, însă acțiunea este dificilă, costisitoare și nu poate fi executată la intervale mici de timp.

Scanned with OKEN Scanner

De aceea, se întreprind studii pe grupe limitate de populaţie, fapt ce explică diferenţele de la o ţară la alta, de la un colectiv la altul, de la o etapă la alta. Cercetările efectuate în Ungaria înainte de anul 1950, de exemplu, relevă o incidenţă a îmbolnăvirilor psihice cuprinsă între 16,7‰ şi 60,5‰, pentru ca ulterior să se semnaleze o creştere de 3—5 ori, adică de 53—333‰ (60).

Rezultatele studiilor epidemiologice stau la baza planificării cercetărilor ştiinţifice şi a prospectării cerinţei de forţe necesare asistenţei de specialitate.

Datele privind prima internare a bolnavilor psihici, din totalul bolnavilor psihici internaţi, indică o anumită constanţă, care se menţine de la o ţară la alta (Anglia şi Ţara Galilor : 48,8%—63,9% ; Polonia — 43,0%—57,6% ; Franţa — 53,8% ; Olanda — 50,0% ; Cehoslovacia — 49,0%). În schimb, proporţia celor internaţi pentru prima oară la grupele de vîrstă mai înaintată, mai ales după 65 de ani, variază foarte mult : 1,5% în Polonia, 11,7% în Olanda, 14,9%, în Cehoslovacia, 20,0% în Franţa, 16,1% şi 25,0% în Anglia şi Ţara Galilor.

În Finlanda, în anul 1960, bolnavii psihici spitalizaţi reprezentau 3,4‰ locuitori, iar în Anglia şi Canada peste 4‰.

Indicele de femei spitalizate la 1 000 de femei a crescut în Anglia de la 20 (în 1961), la 41 (în 1970).

În ţara noastră, în anul 1982, din 100 de femei spitalizate, 2,85 prezentau tulburări psihice ; în aceeaşi perioadă, procentul a fost de 3,87 pentru bărbaţi.

Indiferent de variaţiile cifrelor statistice furnizate de cercetările epidemiologice, ele reflectă, neîndoielnic, constanţa fenomenului de creştere, în toată lumea, a morbidităţii prin boli psihice şi, concomitent, sporirea importantă (în comparaţie cu celelalte specialităţi medicale) a cererii de asistenţă psihiatrică.

Creşterea necesităţilor de asistenţă psihiatrică (ambulatorie, semiambulatorie şi spitalicească) este confirmată şi de numărul crescînd de zile de incapacitate temporară de muncă şi de creşterea invalidităţii.

Un reper, în acest sens. În privinţa numărului de bolnavi psihici asistaţi, se semnalează faptul că în S.U.A. ei reprezintă 5,8% din totalul populaţiei.

BIBLIOGRAFIE

1. PURUSHOTTAM JOSHI (Université Laval) — Fondements théoriques de la nouvelle perspective de la santé mentale, *Ann. méd. psychol. (Paris)*, 1972, 1, 129-e année, 4, 497—436.
2. * * * — Enciclopedia Română, Ed. Gusti, Bucureşti, 1938, p. 506.
3. MARINESCU GH. — Progresele şi tendinţele medicinii moderne, Acad. Română, discurs de recepţie (10, 23), martie, p. 20—21.
4. BRÂNZEI P. — Itinerar psihiatric. Ed. Junimea, Iaşi, 1975.
5. * * * — Situaţia actuală a bolilor psihice. Programul privind promovarea şi apărarea sănătăţii mintale a populaţiei, Ministerul Sănătăţii, 1971.
6. SADOUN R., QUEMADA N. — Epidemiologie de la depression *Sem. Hôp, (Paris)*, 1981, 57, 15—16, 780—785.
7. BFKERIAN A. DEBRA — La dépression chez les femmes. *La recherche*, 1980, 110.
8. CONSOLI S., JEAMMET PH. — L'épidémiologie de l'anorexie mentale, *Sem. Hôp. (Paris)*, 1984, 60, 30, 2 139—2 143.
9. CYTRYN L., MCKNEW D. H. — Dépression de l'enfance : diagnostic et traitement. *Méd. et Hyg. (Genève)*, 1982, 40, 1 479, 2 359—2 362.

Scanned with OKEN Scanner

10. PFEFFER R. CYNTHIA — Concepts de base dans la reconnaissance des enfants suicidaires, *Méd. et Hyg. (Geneve)*, 1982, 40, 1 476, 2 365—2 368.
11. BRION S., PLAS J. — Dépressions. Etude clinique, diagnostique et thérapeutique. *La revue de médicine*, 1983, 4—5, 171—183.
12. BRACONNIER A. — Les transformations de l'angoisse en dépression. *Sem. Hôp. (Paris)*, 1984, 60, 43, 3 072—3 079.
13. GRANIER F., SCHMITT L., GIRARD M., ESCANDE M., CHAP A. — Interêt et limites du test à la Dexamethasone dans les troubles de l'humeur. *Sem. Hôp. (Paris)*, 1985, 61, 14, 915—919.
14. GIRARD M., GRANIER F., SCHMITT L., LACOURT-DUMAZAC J., COTONAT J., ESCANDE M. — Intérêt et limites des dosages plasmatique de antidépreseurs dans les traitement des dépressions. *Sem. Hôp. (Paris)*, 1985, 61, 14, 921—927.
15. LIN T. — Who Chronicle, 1970, 21, 12, 509—513.
16. SARTORIUS M. — Introduction, *Int. J. Ment. Hlth.*, 1977, 6, 3, 3—6.
17. * * * — Who Chronicle — Technical Report Series, nr. 613, Geneva, 1977.
18. BAASHER T. A., IBRAHIM H. — Childhood psychiatric disorders in the Sudan, *Afr. J. Psychiat.*, 1976, 167.
19. MITTLER P. — People, not patients, 1979, Methuen & Co. Ltd., Londra.
20. EISENBERG L. — Primary prevention and early detection in mental illness, *Bull. N. Y. Med.*, 1975, 51, 1, 115—129.
21. GROSSMAN H. — A Manual on Terminology and Classification in Mental Retardion, Series 2, Washington D. C., American Association of Mental Deficiency, 1973.
22. CORDIER J. — Inadaptation scolaire et infériorité sociale, *Rev. Neuro-Psychiat. Inf.*, 1963, Sept.-Oct.
23. WULBERT M., INGLIS S., KRIEGSMAN E., MILLS B. — Language delay and associated mother-child interactions, *Develop. Psychol.*, 1975, 11, 61.
24. CALDWELL B. M. — The HOME inventory-home observation for measurement of the environment, *Amer. J. Ment. Defic.*, 1977, 81, 417.
25. STEVENSON J. E., RICHMAN N. — The prevalence of language delay in a population of three-year old children and its association with general retardation, *Develop. Med. Child. Neurol.*, 1976, 18.
26. BOWLEY A., GARDNER L. — El nino disminuido, Medicina Panamericana, S.R.L., Buenos Aires, 1976.
27. RUTTER M., GRAHAM P., YULE W. — A. neuropsychiatric study in childhood, Heinemann, Monog. Dev. Med., 35—36, Spastic Society, Londra, 1970.
28. CUMINSKY M. — Bioolgical influences on psychosocial development, *Int. J. Ment. Hlth.*, 1977, 6, 3, 58—73.
29. HENDERSON J. L. — Cerebral palsy in childhood and adolescence, Livingstone Ltd., (E.l.s.), Edinburgh, 1961.
30. O'REILLY D. E. — Care of the cerebral palsyed. Outcome of the past and noeds for the future, *Develop. Med. Child. Neurol.*, 1975, 17, 141.
31. CROWTHER D. — Psychosocial aspects of epilepsy, *Pediat. Clin. N. Amer.*, 1967, 14, 921.
32. LIVINGSTON S., WULFRED B., — Epilepsy, with special emphasis on psychosocial aspects. În : „Maternal and child health practice : problems, resources and methods of delivery", Thomas Publisher, Charles S., Springfield, 1973.
33. LOTTER V. — Epidemiology of autistic condition in young children, *L. Prevalence Soc. Psychiatr.*, 1966, 1, 124.
34. VASQUEZ H. J., RAMIREZ J. — Disfunction cerebral minima.
35. BIRCH H. — Brain damage of children. The biological and social aspects, Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1964.
36. RUTTER M., TIZARD J., WHITMORE K. — Education, Health, Behaviour, Longmans Green & Co. Ltd., Londra, 1970.
37. BRÂNZEI P. și colab. — Adolescență și adaptare, Ed. IPAC, 1974.
38. RICHMAN N., STEVENSON J. E., GRAHAM E. — Prevalence of behaviour problems in 3-year old children : An epidemiological study in a London borough", *J. Child. Psychol. Psychiat.*, 1975, 16, 277.
39. STEWART M. A., PITTS F. N., CRAIG A. G. — The hyperactive child syndrome, *Amer. J. Onthopsychiat.*, 1966, 36, 861.
40. BOSHANOV S. — Curent etiologic factors and clinical features of neurosis in adolescence, *Nevrol. Psychiat. Neurokir. (Sofia)*, 1972, 11, 5, 372—380.
41. HENDERSON A. S. — Un examen épidémiologique de la maladie psychiatrique de l'adolescent, *Psychiat, Enfantt.*, 1968, XI. 1.

Scanned with OKEN Scanner

42. DOHRENWEND B., DOHRENWEND BARBARA — Problem of Validity in Field Studies of Psychological Disorders. În: „Urban Challenge to Psychiatry" (sub red. Kolb, Bernard, Dohrenwend), Little, Brown & Co. Inc., New York, 429—460, 1969.
43. BRUGGER C. — Psychiatrische Ergebnisse einer medizinischen anthropologischen und soziologischen Bevölkerungsuntersuchung, *Z. Ges. Neurol. Psychiat.*, 1946, 489—524, 1933.
44. BREMER J. A. — Social psychiatric investigation of a small community in northern Norway, *Acta Psychiat. Scand.* (suppl.), 1951, 62, 1—166.
45. HARE E. R., SHAW G. K. — Mental Health an New-Housing Estate, Oxford University Press, New York, 1965.
46. TAYLOR L., CHAVE S. — Mental Health and Environment, Longmans Green & Co. Ltd., Londra, 1964.
47. * * * — Monografia „Mental Health of adolescents and young persons", Publ. Hlth. Papers WHO, Geneva, 1971.
48. BRÄUTIGAM W. — Reaktionen, Neurosen, Psychopathien, G. Thieme, Stuttgart, 1969.
49. IENIŞTEA O. — Nevroza astenică la studenţii din centrul universitar Bucureşti, rezumatul tezei de doctorat I.M.F., Bucureşti, 1972.
50. STÂNCULESCU V. — Nevroza şi stări psihonevrotice în mediul universitar, rezumatul tezei de doctorat I.M.F. Cluj, 1973.
51. BRÂNZEI P. şi colab. — Relaţii interdisciplinare ale psihiatriei, Iaşi, 1975.
52. BRILL H. — Evolution de la population des hôpitaux psychiatriques américains, *Confront. psychiat.*, 1969, 4, 178.
53. HAGNELL O. — The incidence and durate of episodes of mental illness in a total population. În: „Psychiatric Epidemiology" (sub red. Hare E. şi Wing J. K.), Oxford, University Press, Londra, 1970.
54. GNAT T., HENISZ J. — Current development in social psychiatry in Poland, *Psychiatry (Berl.)*, 1966, 1, 55.
55. PREDESCU V., NIŢURAD A., OANCEA C. şi colab. — Metodologia depistării active a bolilor psihice în populaţia urbană, *Igiena (Buc.)*, 1974, XXIII, 6, 361—369.
56. TARNOPOLSKI A., CAETANO R., LERAVAND DEL OLMO I. G. — Prevalence of Psychiatric Morbidity in an industrial Suburb of Buenos Aires, *Soc. Psychiat.*, 1977, 12, 75—88.
57. MODESTIN J. — Psychiatrische Morbidität bei intern-medizinisch hospitalisierten Pazienten, *Schweiz. med. Wschr.*, 1977, 107, 1 354—1 363.
58. SROLE L., LANGNER T. S., MICHAEL S. T., OPLER M. K., RENNIE T. A. — „Mental Health in the Metropolis; The Midtown Study", vol. I, McGraw-Hill Book Company, New York, 1962.
59. JUHASZ P. — A neurosis morbiditatasanak alakulasa egy magyar faluban, lakoi gazdasagi megerosodesenek es as urbanicazio kezde tenez fazisaban, *Ideggyog. Szle.*, 1973, 26, 1, 14—26.
60. * * * — Principalele aspecte privind starea de sănătate în lume. Ministerul Sănătăţii — Centrul de Calcul şi Statistică Sanitară, 1975.

Scanned with OKEN Scanner

CAPITOLUL III

Etiopatogenia afecțiunilor psihice și posibilitățile lor de influențare în cadrul acțiunilor de prevenție primară. Sanogeneză mintală. Factori de risc. Categorii de risc. Factori ereditari. Factori ecologici. Alcoolism. Tabagism. Suicid. Sănătatea mintală și vîrsta înaintată. Considerații demografice.

Cercetările din ultimele decenii au evidențiat existența unei *cauzalități complexe, multifactoriale, în majoritatea bolilor psihice,* ceea ce i-a făcut pe mulți autori să utilizeze termenul „predominant" pentru un grup sau altul de elemente care par să joace rol major în producerea și declanșarea unor tulburări psihice. De aceea, se impune o analiză cît mai diferențiată a mecanismului de acțiune a fiecărui factor, în perspectiva neutralizării sau diminuării noxelor prin mijloacele actuale ale științei, posibilitate devenită o realitate pentru categoria de boli psihice de natură exogenă, adică declanșate în special, de condiții nefavorabile de mediu.

În *bolile predominant endogene,* deci determinate în principal de condițiile interne individuale, se pot obține ameliorări semnificative chiar numai prin modificarea unor factori declanșatori sau de întreținere, de natură exogenă. Astfel, unele boli psihice cu evoluție gravă și potențial invalidant mare, ca schizofrenia, psihoza maniaco-depresivă, parafrenia, paranoia, unele psihoze sau demențe ale vîrstei înaintate, sînt influențate de factori externi nocivi (toxici, infecțioși, carențiali, traumatici-fizici sau emoționali), care le favorizează ori agravează evoluția. În același sens, studiile epidemiologice au arătat că *ameliorarea condițiilor de mediu, terapeutice și a celor socio-culturale poate imprima o tendință de reducere a frecvenței psihozelor predominant endogene,* conturîndu-se o perspectivă mai optimistă în asistența psihiatrică, chiar în cazul unor boli socotite incurabile.

În ultimul timp, alături de factorii etiologici, au fost identificați factori de risc (1) în îmbolnăvirile psihice. În această categorie sînt incluse toate situațiile de mediu extern sau intern cu valoare (semnificație) statistică și predictivă, putîndu-se, deci, anticipa riscul de îmbolnăvire. Nu orice factor de risc poate deveni însă etiologic. De cele mai multe ori, acțiunea lor se însumează, fapt pentru care este utilizat termenul de „multifactorial". Conceptul „factor de risc" a fost introdus în medicină în anul 1966 de către Kannel și Dawber, în urma studiilor epidemiologice efectuate asupra pacienților cu cardiopatie ischemică.

Odată cu identificarea factorilor de risc, un rol important îl are determinarea categoriilor, a grupelor celor mai vulnerabile din populația generală, susceptibile la acțiunea acestora.

Scanned with OKEN Scanner

Aceste grupe, denumite în mod operațional *„populații cu risc crescut“* de îmbolnăvire sau cu risc *(at risk)*, au o mărime variabilă, iar pentru anumiți factori ecologici cu caracter mai general, cum ar fi urbanizarea, modificările mediului ambiant, pot să cuprindă o bună parte din populație.

Cunoașterea factorilor de risc și a „populației cu risc“ permite „focalizarea“ — orientarea precisă a unor programe (de sănătate mintală) predominant profilactice, a acțiunilor de protejare medico-socială prin măsuri oarecum specifice, menite să înlăture sau să diminueze influențele patogene.

Prezentăm cei mai importanți factori etiologici și de risc în apariția bolilor psihice, grupele de populație cu risc crescut de îmbolnăvire și acțiunile ce pot fi inițiate pentru a le interfera și a le diminua nocivitatea.

Factorii ereditari. Relația ereditate — inteligență — personalitate. Profilaxia deficiențelor mintale. Programe de depistare a bolilor metabolice și mintale. Eugenie. Sfatul genetic

Cunoștințele actuale precizează rolul factorilor genetici în apariția atît a unor oligofrenii, psihopatii (tulburări de personalitate), epilepsii idiopatice (care au însă o heritabilitate mică), demențe abiotrofice, cît și în cazul unor afecțiuni precum schizofrenia, boala afectivă primară, psihoza schizoafectivă.

În acest domeniu, deși mai persistă destule necunoscute, cercetările multidisciplinare au reușit să dezvăluie multe aspecte privind cauzalitatea unor asemenea maladii care, prin însăși natura și semnificația lor, sînt, în majoritate, determinate de intricarea unor factori genetici și mezologici ; ultimii, la rîndul lor, avînd o mare varietate și complexitate (mediul fizico-chimic, biologic și psiho-social al individului) (1).

Și variațiile normale implică un coeficient genetic important.

Inteligența, de exemplu, ar avea un indice de heritabilitate de cca 80% (2, 3), deși unele date recente consideră acest indice mai mic (de cca 50%). Aceasta nu înseamnă că inteligența se poate dezvolta în afara unei influențe a mediului, a învățării, dar limitele și potențialitățile cuprinse în genotip sînt preponderente, după unii autori ; alții pun accentul asupra factorului socio-cultural („norma de reacție“ variind de la autor la autor între 25 și 70 de puncte). Diferitele componente ale inteligenței, evidențiabile prin subtestele scalei Wechsler, au, de asemenea, un grad diferit de încărcare genetică. Abilitățile speciale sînt, într-o măsură, formabile și educabile, componenta lor înnăscută fiind însă întotdeauna prezentă.

Componente genetice intervin și în edificarea particularităților generale și individuale ale personalității umane (4), iar cunoașterea predispozițiilor înnăscute de structurare a unui anumit tip de personalitate (deductibile cu multă aproximație din caracteristicile părinților și, mai bine, din urmărirea longitudinală a comportamentului din copilărie și adolescență) ar putea crea premisele aplicării unei pedagogii individualizate și nuanțate.

În domeniul patologiei psihice, trebuie amintite, în primul rînd, deficiențele mintale. Dintre acestea, oligofreniile accentuate nu ar afecta mai

Scanned with OKEN Scanner

mult de 1,5—8‰ din populație, în timp ce formele ușoare (retardația în grad de debilitate) ar cuprinde pînă la 6%. Acestea din urmă sînt, în majoritate, condiționate genetic (poligenic) și parțial socio-cultural. Subiecții cu deficiență ușoară (gr. I) și cei cu o subnormalitate de graniță (intelect de limită) își găsesc locul din ce în ce mai greu într-o societate civilizată și tehnicizată, la ale cărei exigențe nu pot face față decît rareori (și cu greutate), sursă pentru o largă gamă de tulburări psihice, de la cele emoționale simple, secundare, pînă la tulburările de comportament cu caracter antisocial. Și în acest sens, experiența comisiilor de expertiză psihiatrico-legală este edificatoare.

Profilaxia deficiențelor mintale implică implementarea largă a sfatului genetic, avînd deci și un efect eugenic (promovarea patrimoniului genetic „sănătos" al populației). Eugenia a fost mult timp discreditată, deoarece a fost practicată în scopuri politice cu caracter rasist sau elitist, atît prin stimularea reproducerii anumitor rase „superioare" sau a anumitor păturI „de elită" (eugenie pozitivă), în funcție de aderența lor la ideologii reacționare, cît și prin sterilizarea unor subiecți sau grupuri (eugenie negativă), considerate inefrioare pe baza acelorași criterii. Progresele recente ale geneticii creează baza științifică necesară aplicării unor acțiuni cu efect eugenic, prin identificarea cuplurilor sau subiecților cu risc crescut de a da naștere unor copii deficienți din punct de vedere psihic.

După unii autori, cca 15% din oligofrenii în grad de debilitate și nespecifice sindromologic au unul sau ambii părinți deficienți mintal (5, 6), iar riscul de recurență este de cca 20%, cînd în familie există un singur caz (printre rudele de rangul I), și crește progresiv cu numărul cazurilor secundare (ajunge la 40—60% după 2—3 cazuri) (6, 7, 8). Dacă unul dintre părinți este deficient, riscul pentru primul copil este de 20% și crește la 40%, cînd ambii părinți sînt afectați (dacă oligofrenia lor este idiopatică) (Gillberg) (9). Tendința de agregare familială a cazurilor de deficiență mintală ușoară este accentuată de tendința la mariaj asortativ (similitudinea nivelului de inteligență rămîne unul din factorii după care se formează cuplurile).

În afara mecanismelor poligenice (multifactoriale), care predomină în formele ușoare idiopatice, substratul ereditar al deficiențelor mintale, îndeosebi al celor accentuate, poate consta fie în prezența unei anomalii cromozomiale, fie a unei gene mutante majore — recesive ori dominante sau incomplet recesive, autosomale sau legate de cromozomul X (genele pot fi autosomale — localizate pe una din cele 22 de perechi de cromozomi comuni ambelor sexe — sau legate de cromozomul X ; ele mai pot fi recesive — acționează numai în stare de homozigotism, cînd sînt prezente pe ambii loci omologi — sau dominante — în acest din urmă caz, efectul lor fenotipic apare și în condiții de heterozigotism, genele incomplet recesive putîndu-se manifesta însă inconstant și mai benign, în condiții de heterozigotism decît cele dominante).

Screening-ul unor cohorte de nou-născuți arată că cca 1% sînt purtătorii unei anomalii cromozomiale. Cea mai importantă este trisomia 21, care constituie cauza sindromului Down, cu o incidență, în medie, de 1/700 nou-născuți. Ca indice de prevalență, el constituie cca 1/4 din totalul cazurilor de oligofrenii accentuate. Apariția sindromului Down este corelată cu vîrsta mamei ; la mamele vîrstnice, riscul de a naște copii mongolieni este apreciabil mai ridicat, și anume : 1/80, în grupa 40—44 de ani

Scanned with OKEN Scanner

și de 1/50, după 44 de ani. Riscul global de recurență în fratrie este mic (cca 1%), dar substanțial (între 5—15%), într-o proporție minoră de cazuri în care există o translocație echilibrată sau un mozaicism la unul din părinți. De aceea, pentru acordarea unui sfat genetic corect și nuanțat, este necesară efectuarea cariotipului atît la proband, cît și la părinții săi (6, 8).

Sînt cunoscute și alte afecțiuni cauzate de anomalii de număr sau structură a cromozomilor, afecțiuni ce comportă obligatoriu sau inconstant oligofrenie (sindromul Patau, sindromul Edwards, etc.), cea mai frecventă oligofrenie asociată cu o anomalie cromozomială o constituie, însă, sindromul Martin-Bell, sindromul X fragil.

În ansamblu, anomaliile cromozomiale sînt sporadice, deci cu risc de recurență mic sau neglijabil, cu excepția cazurilor, foarte rare, de remanieri cromozomiale echilibrate ale unuia din părinți.

Recent, perfecționarea tehnicilor de investigație, prin punerea în evidență a benzilor cromozomiale și a tehnicilor de „înaltă rezoluție" a permis delimitarea unor sindroame la care identificarea anomaliei nu era posibilă cu tehnicile curente (o biografie completă asupra tehnicilor moderne de identificare a cromozomilor — pînă în 1972 — a fost alcătuită de Brigit Nilsson — *Hereditas*, 1973, 73, 259—270, iar un catalog al sindroamelor discromozomiale a fost redactat de Lewandovsky și Junis, — *Amer. J. Dis. Child.*, 1975, 128, 489—504) ; dar numărul sindroamelor citogenetice este în continuă creștere (vezi și atlasul lui J. de Grouchy și Catherine Turleau) (10).

Din marele grup al deficiențelor mintale a fost izolat sindromul X fragil (Xqfra 28) (10, 12). Se admite că 10—18% dintre băieții handicapați mintal, fără malformații somatice majore, au acest sindrom (8, 13, 14). Cromozomul *marker* este prezent într-un procent variabil de celule. Așa cum subliniam mai înainte, lipsesc malformațiile importante, cu excepția unei fizionomii particulare. Băieții afectați prezintă frecvent macroorhiție care, de cele mai multe ori, se evidențiază numai după pubertate, fără a fi însă obligatorie. Volumul testiculelor depășește de 2—3 ori normalul (testiculul drept măsoară în medie 58 mm iar cel stîng, 55 mm, față de 17 mm, obișnuit). Anomalia apare frecvent în copilărie și devine evidentă la pubertate.

Sindromul trebuie diferențiat în primul rînd de sindromul de trizomie 8. Copiii cu cele două sindroame au în comun fața alungită, ușor triunghiulară, buza inferioară răsfrîntă și urechile dezlipite. Există și alte deficiențe determinate de gene situate pe cromozomul X dar majoritatea sînt nespecifice (nediferențiate). S-au delimitat însă și alte asemenea deficiențe specifice, dintre care menționăm :

— sindromul Rennpening, caracterizat prin prezența microcefaliei și hipotrofiei staturale ;

— sindromul Allan, în care, printre altele, se constată și o hipotonie pronunțată.

În aceste deficiențe recesive, legate de cromozomul X, mamele sînt heterozigote obligatoriu, dacă au doi copii afectați sau un copil afectat și în familia mamei există un bărbat handicapat mintal. Este important de semnalat că o parte dintre femeile heterozigote pot fi înapoiate mintal ; de regulă, întîrzierea este ușoară.

Scanned with OKEN Scanner

Această formă de înapoiere mintală, sindromul Martin Bell, trebuie diagnosticată deoarece :

— se poate efectua diagnosticul prenatal prin studiul polimorfismului factorului sanguin IX ;

— tratamentul îndelungat cu acid folic nu numai că reduce incidența cromozomilor X anormali dar ameliorează comportamentul acestor copii (15, 16) și, uneori, coeficientul de inteligență.

În concluzie, orice băiat cu semne sugestive trebuie investigat citogenetic. Dacă se constată că este purtătorul sindromului, vor fi studiate mama și surorile lui. Din păcate, suspiciunea clinică se ridică, deseori, post-puberal ; *pedigree*-ul poate fi sugestiv.

Prin diagnosticarea acestui sindrom, care pare să fie la fel de important ca frecvență ca și sindromul Down, devine posibilă profilaxia unei părți, deloc neglijabile, dintre înapoierile mintale.

Unele oligofrenii monogenice (monofactoriale) sînt caracterizate printr-o deficiență metabolico-enzimatică cunoscută (aminoacidopatii, lipidoze, galactosemie, mucopolizaharidoze etc.).

Hipotiroidia congenitală (mixedemul), cea mai frecventă afecțiune dismetabolică, survine la 1/3 000—5 000 de cazuri. Poate fi depistată la nou-născuți prin *screening* — recoltarea de sînge direct din cordonul ombilical și determinarea TSH (hormonul tireostimulant). Aceasta permite instituirea imediată a tratamentului substitutiv, care poate preveni apariția tulburărilor clinice (17). O deficiență mult mai rar determinată însă de o enzimopatie genetică (vezi catalogul Mc Kusick) (18).

A doua ca frecvență este fenilcetonuria, cu incidență de 1/6 000—1/10 000 nou-născuți. Important în această boală dismetabolică este faptul că depistarea sa la naștere prin metode de *screening* (testul Guthrie, fluorimetrie, cromotografie) (17) și instituirea precoce a unei diete artificiale adecvate, săracă în fenilalanină (20, 21), permite prevenirea instalării deficienței mintale. Se poate renunța la dietă după 7—8 ani ; eliminarea alimentației sărace în femilalamină nu este indicată, dacă fenilcetonuria a fost depistată după un an, deoarece rezultatele sînt nule.

În numeroase țări (S.U.A., Marea Britanie, Canada, Germania, Țările Scandinave etc.) s-au introdus programe de depistare la naștere a unor boli metabolice (*screening* politrop) sau numai a fenilcetonuriei sau galactosemiei (*screening*-uri monotrope) (21, 22, 23). Deși costul unor asemenea programe de *screening* și al tratamentului respectiv este ridicat, el nu depășește nici pe departe cheltuielile afectate întreținerii acestor subiecți pe toată durata vieții.

Programul românesc de depistare a fenilcetonuriei, efectuat sub conducerea Institutului pentru ocrotirea mamei și copilului, este aplicat în municipiile București și Cluj-Napoca, precum și în cîteva județe (23, 24). Se poate spune că, în cazul bolilor metabolice, acțiunea de *screening* nu dă rezultate fără o dezvoltare corespunzătoare a facilităților de diagnostic și a programelor de tratament (25).

Numărul oligofreniilor monofactoriale este foarte mare (cca 500), dar frecvența fiecăreia dintre ele în parte este scăzută ; unele sînt rarități.

Riscul de recurență este de 25% în cazul bolilor autosomal recesive (în care ambii părinți sînt heterozigoți) și, în funcție de genotipul părin-

ţilor, de 0% sau 25% în afecţiunile recesive legate de cromozomul X şi de 0% sau 50% în afecţiunile automosal dominante. O proporţie importantă din cazurile de oligofrenii accentuate nu-şi relevă însă etiologia şi nici nu pot fi clasificate nosologic, în pofida investigaţiilor complete. După datele majorităţii unor autori, riscul empiric al recurenţei în fratrie s-ar situa, în aceste cazuri, la 10—20% (26, 27), iar după alţii, ar fi mai mic (3—5%). După Becker şi colab. este de 13% în forme pure. Pentru stabilirea exactă a riscului trebuie ca : a) diagnosticul bolii probantului să fie cunoscut sau presupus (avîndu-se în vedere şi faptul că unele dintre aceste maladii sînt genetic heterogene, heterogenitate manifestă uneori şi prin anumite nuanţe fenotipice) iar *b*) genotipul părinţilor determinat sau inferat. De aceea, *pentru precizarea riscului, este necesară formarea unor specialişti cu o înaltă calificare clinică şi genetică (legile geneticii fiind de o deosebită complexitate şi subtilitate), cît şi a unor laboratoare de înaltă tehnicitate.*

După unii autori (8, 26), detecţia prenatală a aberaţiilor cromozomiale este, cantitativ vorbind, cel mai important domeniu al prevenţiei prenatale. Se urmăreşte selecţia femeilor cu risc crescut, riscul de 1% sau mai mult de a avea o anomalie cromosomială fiind considerat mare, dacă ţinem seama de consecinţele neuropsihice handicapante.

Indicaţiile pentru analiza cromozomială prenatală sînt următoarele :

— toate mamele care au depăşit vîrsta de 40 de ani (sau chiar 35 de ani) ;

— trisomia X şi trisomia 21 la mamă — extrem de rară.

— toate cazurile în care părinţii au dat deja naştere unui copil cu o cromozomopatie ;

— depistarea unei anomalii cromozomiale echilibrate sau a unui mozaicism aclinic la unul dintre părinţi.

Prin amniocenteză, în afara cromozomopatiilor, se pot diagnostica antenatal şi alte boli genetice metabolice (29, 30).

Bolile denumite clasic „endogene" rămîn una dintre marile necunoscute ale geneticii şi ale psihiatriei (31—36). Se ştie că nu există schizofrenie ci schizofrenii, heterogenitatea etiologică fiind acceptată de majoritatea autorilor, după cum se ştie că din marele grup al bolilor afective majore se pot desprinde mai multe subgrupe pe baza criteriului genetic şi clinic (32, 33, 35, 36, 37).

În privinţa schizofreniilor o diateză genetică probabil poligenică este implicată (studiile pe adoptaţi).

Concentrarea familială a schizofreniei este cunoscută de mult. Cînd unul dintre părinţi suferă de schizofrenie sau o tulburare de spectrum, după ultimele date (Kendler şi colab.), cca 5% din copii vor dezvolta schizofrenie şi cca 20%, o tulburare de spectrum (personalitate schizotipală paranoidă). Cînd ambii părinţi sînt schizofreni, 39% dintre descendenţii lor vor fi schizofreni (38).

Toate cercetările gemelologice au demonstrat că rata concordanţei este semnificativ mai mare printre gemenii monozigoţi (50% faţă de 10%). Rata de concordanţă diferă de la o serie la alta în limite mari, determinate de factori variaţi — criterii de diagnostic, criterii de selecţie a bolnavilor.

Scanned with OKEN Scanner

Rolul factorilor genetici este demonstrat în schizofrenie și de studiile consacrate gemenilor crescuți separat. Premisa este evidentă. Dacă mediul este mai important decît ereditatea, atunci gemenii monozigoți cu părinți schizofreni, separați curînd după naștere și crescuți de părinți normali, vor fi semnificativ mai rar concordanți decît monozigoții crescuți de părinți biologici. Dacă rata de concordanță este similară, atunci ereditatea este mai importantă decît mediul. Conform așteptărilor, rata concordanței este foarte apropiată în ambele serii (39).

Un alt fapt evident derivă din cercetarea copiilor adoptați. Și în aceste studii se testează, în condițiile cvasi-experimentale, rolul eredității și al mediului. Se studiază frecvența schizofreniei printre copiii adoptați, născuți de părinți schizofreni, și rudele lor nebiologice și biologice. Din nou, conform previziunilor, incidența schizofreniei și a tulburărilor de spectrum este considerabil mai mare printre copiii adoptați cu părinți biologici afectați decît printre părinții adoptivi (Kety și colab.) (40).

Numeroase alte cercetări au impus concluzii similare. Dar schizofrenia în ansamblu nu se conformează unui model mendeleean iar eritabilitatea este subunitară (41).

La fel de obscură este etiologia sindroamelor afective. Sub raport genetic, dar nu numai genetic, se deosebesc două grupuri : un grup bipolar care include bolnavi cu cel puțin un episod maniacal în antecedente, indiferent dacă au avut sau nu perioade depresive, și un grup monopolar cu bolnavi cu episoade exclusiv depresive (cel puțin trei, după criteriile acceptate).

Atît boala afectivă monopolară cît și cea bipolară implică o participare genetică mai importantă la bipolari și în cazurile cu debut precoce (sub 30 de ani).

Agregarea familială este importantă. Printre rudele de gradul I ale femeilor cu boală afectivă, 7—32% au o tulburare afectivă. Printre rudele de gradul I ale bărbaților afectați, procentul este mai mic — 6—18 (42), dar cifrele statistice din literatură sînt divergente.

Studiul gemenilor a adus informații la fel de concludente. Rata medie de concordanță la monozigoți este tot de cca 50% (subiectul a fost recent trecut în revistă de Zerbin—Rudin) (32). Diferențele sînt neobișnuit de mari dar, de asemenea, variază de la o statistică la alta, variații ce pot fi atribuite criteriilor de diagnostic, modului de selecție a seriilor, originii populațiilor studiate etc. (43).

Studiul copiilor adoptați a reliefat și el rolul eredității în dezvoltarea acestor tulburări (Mendlewicz și J. D. Reiner) (33).

Sub raport genetic, bolile afective sînt probabil, heterogene. Condiționarea monogenică este foarte discutabilă. Teoria cea mai plauzibilă este a unui poligenism cu două trepte și sex limitare. În privința *marker*-ilor genetici de stare, cele mai plauzibile sînt : hiperactivitate colinergică, anomalii ale metabolismului GABA, ale serotoninei și o stare de hiperexcitabilitate neurofiziologică (E.E.G., potențiale evocate) studiile fiind efectuate mai ales pe bipolari (44—48). În schimb, în schizofrenie *marker*-ul eritabil de trăsătură cel mai pregnant este aspectul sacadat al mișcărilor la oculogramă.

În lipsa posibilității folosirii unei informații modulare în materie de sfat genetic se utilizează informația și riscul empiric (223—225).

Colectivul Institutului de Neurologie și Psihiatrie și al Clinicii de Psihiatrie din București utilizează datele lui Clayton și colab., care țin seama de sexul și tipul de rudenie al subiectului afectat (49, citați de Predescu și Christodorescu).

Profilaxia genetică (36, 49, 50) rezidă tot în sfat genetic; efectul eugenic la nivel populațional al acestei acțiuni, chiar dacă este aplicată extensiv, rămîne teoretic mult mai redus decît în cazul deficiențelor mintale, din două motive, și anume : debutul deseori tardiv (după încheierea perioadei fertile) ; existența unui larg spectru fenotipic de calitate și intensitate a tulburărilor.

Revenind la problema schizofreniei, Mednick și Schulsinger (51) au inițiat o metodă nouă de cercetare a subiecților cu risc crescut de schizofrenie, studiind longitudinal copiii schizofrenilor, în scopul depistării primelor semne de disfuncție psihică și vegetativă ; autorii au înregistrat unele tulburări psihice, dar, prin însăși esența lor, acest tip de cercetări necesită o perioadă lungă de timp pentru a se stabili un bilanț și concluzii valabile.

Alteori, se poate afirma că depistarea copiilor și tinerilor cu deviații de tip schizoid sau ciclotim (indiferent dacă părinții sînt sau nu psihotici) constituie o modalitate de depistare precoce a candidaților la psihoză și permite aplicarea unui program adecvat de psihoprofilaxie. Aceasta presupune supravegherea psihiatrică preventivă a tuturor tinerilor cu probleme de adaptare și comportament (eventual chiar a întregii cohorte de tineri), prin sistemul testelor și chestionarelor și, totodată, cooperarea avizată a cadrelor didactice, organizațiilor de tineret etc.

Componentele genetice ale comportamentului psihopat antisocial, ale agresivității, ale propensiunii spre criminalitate și toxicomanie, sînt puse în discuție în lucrările mai multor autori (35, 36, 51, 52) ; studiile asupra copiilor de psihopați, crescuți în condiții de adopțiune, arată că influența eredobiologică interacționează cu cea a mediului ; de asemenea, în familiile psihopaților antisociali ar exista o tendință la agregare și a unor cazuri de alcoolism și posibil de depresiune, isterie. Dacă modificarea structurii mediului are un efect psihoprofilactic incontestabil, aceasta este, din păcate, destul de greu de realizat din însăși cauza structurii mediului creat de psihopați și de rezistența și problemele pe care le pune partenerul (existînd și pentru psihopați ca, de altfel, pentru cei cu boli psihice în general, aceeași tendință la mariaj asortativ, și în funcție de nivelul de inteligență). Sfatul genetic pasiv și, îndeosebi, cel activ vor rămîne o modalitate eficientă de prevenire a psihopatiilor antisociale — cu efect eugenic cert, dacă vor fi aplicate pe scară largă și susținute de ansamblul organizațiilor administrative, de stat și de masă. Prin sfat genetic pasiv înțelegem pe cel acordat la inițiativa subiectului sau cuplului, iar prin sfat genetic activ, pe cel acordat în urma depistării de către cadrele medico-sanitare, organizații de masă și populația neprofesională a subiecților și cuplurilor cu presupus risc crescut.

În geneza nevrozelor (56), rolul factorilor psihogeni (traume psihice, trăiri emoționale negative) este foarte important, dar există și o participare genetică în stabilirea parametrului de personalitate caracterizată prin „nevroticism", în general, și, în special, în conturarea anumitor tulburări nevrotiforme de tip anxios (crize de panică, fobii) (48).

Printre foarte puținele boli psihice monofactoriale (în afară de oligofrenii) amintim maladia Huntington (de fapt o afecțiune neurologică și

Scanned with OKEN Scanner

psihică), care se transmite dominant autosomal cu penetranță completă, 50% dintre descendenți fiind afectați ; boala debutează tardiv, de regulă în decada a V-a, deci în perioada în care heterozigoții, rămași asimptomatici pînă atunci, și-au încheiat, de cele mai multe ori, activitatea reproductivă (36). Maladia Huntington este excepțional de rar cauzată de o mutație *de novo*, majoritatea cazurilor fiind familiale. De aceea, pentru o eficiență a profilaxiei genetice este necesară depistarea și evidența centralizată a tuturor cazurilor și întreprinderea unui program de sfat genetic activ, cu atît mai mult cu cît a devenit posibil diagnosticul timpuriu, inclusiv diagnosticul prenatal prin tehnologie DNA recombinant. Boala este condiționată de o mutație situată pe cromozomul 4.

În privința cazurilor de epilepsie genuină (poligenică), profilaxia primară este în primul rînd genetică dar — heritabitatea bolii este relativ mică — tulburarea este condiționată și de factori exogeni (traumatici, toxici, infecțioși, pre-, intra- și postnatali). Igiena și supravegherea evoluției sarcinii, asistența obstetricală calificată, imunizările corecte, restrîngenera numărului accidentelor (profesionale, rutiere etc.) reprezintă elemente în cadrul unui program complex de profilaxie primară a epilepsiilor. Nu trebuie uitat, în cazul afectării prospectivei mame, rolul teratogen al anticomițialelor, îndeosebi al fenitoinei.

În concluzie, *realizarea unei evidențe centralizate pentru toate bolile neuropsihice genetice monofactoriale și cromozomiale ar fi o acțiune deosebit de utilă*, în cadrul creării premiselor unor acțiuni preventive cu o deschidere mult mai largă. Ea ar oferi posibilitatea stocării tuturor datelor despre subiecții depistați printr-un sistem computerizat *(storage retrieval system)*. O asemenea evidență este testată în prezent în țara noastră.

Factorii ecologici. Agresiunile în diferite etape ale vieții. Incompatibilitatea Rh, malnutriția, prematuritatea, infecțiile și intoxicațiile, radiațiile ionizante, traumatismele craniocerebrale, carența afectivă, agresiunile psihice și sociale

În mod obișnuit, se consideră că în perioada pre- și perinatală diverși factori pot provoca o serie de agresiuni : intoxicațiile cu metale grele (plumb, arsen și altele), diferite toxice (derivați benzenici, radiații ionizante, alcool și tutun în timpul sarcinii) (53—59) ; la acestea se adaugă infecțiile din timpul sarcinii, îndeosebi rubeola din primul trimestru, toxoplasmoza și boala incluziilor citomegalice, din ultimul trimestru ; de asemenea, printre cauzele importante, se situează incompatibilitatea Rh sau ABO, deși frecvența acesteia a scăzut ca urmare a depistării precoce a dozărilor exacte ale auto-anticorpilor respectivi și a utilizării terapiei cu antiglobulină D.

În ultimii ani, a fost descrisă embriopatia alcoolică, afecțiune gravă, determinată de consumul exagerat de alcool de către mamă în timpul sarcinii și caracterizată prin : oligofrenie, microcefalie, nanism, diferite malformații craniofaciale și somatice (54—56). Riscul de producere este maxim la un consum zilnic de aproximativ 60—80 g alcool pur, corespunzător la 0,5 l de vin, dar și cantități mai mici pot avea efecte teratogene.

Scanned with OKEN Scanner

Alţi factori care sporesc *riscul afectării cerebrale pentru făt* (de exemplu, prematuritatea), precum eforturile fizice exagerate şi infecţiile din timpul sarcinii, stresul şi alte incidente în aceeaşi perioadă, complicaţiile naşterii, cu tóată aparenţa de determinism strict medical, par să aibă o distribuţie variabilă în populaţia generală, fiind, în mod disproporţionat, mult mai frecvenţi la mamele minore cu condiţii proaste de viaţă, necăsătorite legitim (59—65).

Rata infecţiilor intrauterine, estimată prin anticorpii imunoglobulinici din sînge şi variind în raport cu condiţiile socio-economice (62—67), este corelată cu malnutriţia mamei (68—70).

Reducerea aportului nutritiv, îndeosebi în ultimul trimestru de sarcină, poate avea drept consecinţă apariţia dismaturităţii, copiii avînd o greutate mică în raport cu vîrsta de gestaţie, cu reducerea masei neuronale şi microcefalie, cu risc de oligofrenie (65, 71, 72). Amploarea riscului atingerii cerebrale este mare. Astfel, chiar în ţări cu nivel de trai şi de educaţie sanitară foarte ridicate (73), cum este Suedia, cca 10% din paraliziile cerebrale ar fi rezultatul stării de insuficienţă nutriţională prenatală. În 1976, în ţările în curs de dezvoltare, 16 milioane din cei aproximativ 21 milioane de copii cu greutate mică la naştere au fost apreciaţi dismaturi, cu insuficienţă nutriţională prenatală, şi nu imaturi (74).

Experimental, la femeile la care s-au constatat în timpul sarcinii aport insuficient de proteine, alimentaţie unilaterală sau eforturi fizice exagerate, consumptive, îmbunătăţirea raţiei de hrană prin suplimente, îndeosebi proteine animale, a dus la creşterea în greutate a nou-născuţilor, şi la ameliorarea stării lor de sănătate, în pofida stresului la care fuseseră supuse mamele lor (75, 76).

Această trecere sumară în revistă scoate în evidenţă faptul că *perioada sarcinii este o etapă de maximă fragilitate pentru sănătatea mintală şi somatică a viitorului copil.*

Importanţa traumatismelor obstetricale (efect traumatic şi anoxic), a fost subliniată în numeroase lucrări, ceea ce impune o creştere a tehnicităţii obstetricienilor şi îmbunătăţirea îngrijirilor în perioada postnatală imediată (71, 77—79).

Programul suedez de prevenţie a handicapului neuropsihic (1960—1980), de exemplu, a obţinut, prin îmbunătăţirea îngrijirilor perinatale, o reducere a prevalenţei paraliziei cerebrale cu peste 40% şi a diplegiei spastice, cu peste 60%. S-a început organizarea serviciilor de exsanguino-transfuzie, centralizate pe regiuni, pe 2—3 districte, pentru o populaţie de 1—2 milioane. Fiecare district (200 000—400 000) a centralizat succesiv naşterile şi supravegherea nou-născuţilor în spitale cu servicii de obstetrică şi nou-născuţi. În timp ce proporţia copiilor cu greutate mică la naştere a rămas constantă (4,3%), procentul celor atinşi de diplegie spastică s-a redus simţitor persistînd însă subgrupul diplegiilor de origine prenatală (80, 81). Deci, reducerea frecvenţei handicapului este rezultatul eforturilor combinate de compensare a acidozei, hipoxiei, hipotermiei, stărilor hipocalorice şi hipoglicemiei. După 1970, eforturile au continuat prin măsuri foarte active de intervenţie perinatală, cum ar fi indicaţii mai largi pentru tratamentul respirator, îndeosebi în secţiile de terapie intensivă, soldate cu reducerea morbidităţii (71, 73), dar şi cu o uşoară creştere a numărului de paralizii cerebrale, ceea ce subliniază limitele acţiunii medicale în această etapă (82).

Scanned with OKEN Scanner

Agresiunile pre- și perinatale determină afectarea organică a creierului în mod neuniform, ducînd, în unele cazuri, la oligofrenii asociate sau nu cu epilepsie, sindroame motorii predominant spastice sau psihosindroame cerebrale cu aspect hiperkinetic, tulburări afective etc., ceea ce poate constitui sursa tulburărilor de comportament la copil și apoi la adult, cu caracter adesea permanent, invalidant (83).

Afectarea neuropsihică a nou-născuților cu risc crescut ar fi de patru ori mai mare decît a celor normali (84). În categoria celor cu risc au fost incluși prematurii cu greutate sub 1 500 g, copiii cu tulburări respiratorii persistente și după primele 24 ore de la naștere, sindrom neurovascular persistent în prima săptămînă de viață, insuficiența circulației feto-placentare, subnutriția și întîrzierea dezvoltării intrauterine, hiperbilirubinemie peste 25 mg (84—87). Scăderea riscului și, în general, a morbidității și mortalității neonatale se poate realiza numai prin instituirea unui complex de măsuri economice, sociale, legislative și medical-preventive (87, 88).

Printre măsurile recomandate de experții O.M.S. (74, 89), figurează îmbunătățirea îngrijirii gravidei, asigurarea unui nivel nutrițional corespunzător, prevenția infecțiilor și educația sanitară. Diagnosticul antenatal de hipotrofie fetală este astăzi relativ ușor, însă odată instalată, tratamentul rămîne foarte dificil (6, 61, 90).

Măsurile medicale mai importante se referă și la introducerea unui program de imunizare preventivă a gravidelor împotriva *rubeolei* (91—93), instituirea cercetărilor pentru eventuala realizare a imunizării contra *toxoplasmozei, bolii incluziilor citomegalice* (94, 95) și depistarea incompatibilității Rh (93, 96).

Pentru introducerea vaccinării antirubeolice la copil, în S.U.A., Anglia, Canada (după 1973—1974), s-au utilizat două modele : vaccinarea la 1 an și la 12 ani a tuturor copiilor (S.U.A.) și vaccinarea selectivă a fetițelor la 12 ani (Anglia). În ultimii ani, s-a introdus experimental vaccinarea femeilor adulte în perioada postpartum, după dozarea anticorpilor antirubeoloși (91—93).

Pentru intensificarea depistării incompatibilității Rh, este necesară generalizarea determinării grupei sanguine și, în cazul constatării unei incompatibilități Rh sau ABO la mamă, dozarea obligatorie a titrului anticorpilor, în scopul orientării conduitei terapeutice preventive — îndeosebi, utilizarea sistematică a imunoblobulinelor specifice în cursul sarcinii (93, 96).

Tratamentul corect al icterului nuclear a dus în Danemarca la dispariția aproape completă a formelor diskinetice de paralizii cerebrale congenitale. În aceeași țară, s-a semnalat o reducere importantă a paraliziilor cerebrale, de la 2,6% în 1950, la 2,2‰ în 1960 și la 1,7‰ la începutul anului 1970, succes considerat rezultat al organizării unor secții de obstetrică mai mari, dotate cu subsecții de nou-născuți bine utilate (97).

Acțiunile medicale preventive, aplicate în țările nordice în perioada 1970—1975, vizînd reducerea *prematurității*, care atinge pe glob 13—14%, iar în Franța, de exemplu, 10% (1970), au dus la reducerea procentului la cca 4—5 din totalul nou-născuților.

Un astfel de program, aplicat în Franța după 1970, a determinat o micșorare foarte lentă și diferențiată pe regiuni a prematurității. Numai în centrele obstetricale echipate pentru o supraveghere strictă a sarcinii, a

Scanned with OKEN Scanner

fost posibilă reducerea la 5—6% din totalul nou-născuților, concomitent cu scăderea proporției marilor prematuri (90). Valoarea îngrijirii prenatale pare să fie esențială în prevenția prematurității, chiar în absența unor facilități complexe (1985) (82). Riscul leziunilor cerebrale la prematurul cu greutatea sub 1 500 g a scăzut, în 1978, la 7—12%, față de 30—70%, în 1970, iar cel al leziunilor cerebrale grave, sub 10%, prin tratament intensiv, cu dozarea presiunii parțiale a oxigenului în sînge, alimentație enterală continuă, ventilație imediată și corectarea acidozei (77, 84—86). Este de menționat că unele măsuri medicale de prevenție a prematurității, relativ economice, implică programe de educație sanitară intensivă, menite să corecteze deprinderile greșite ale mamelor (alcoolismul), să favorizeze un plus de odihnă în timpul liber pentru femeia însărcinată, să o protejeze de tensiuni, generate de ceilalți adulți din familie.

Programul medical integrat (91) de prevenție a handicapului neuropsihic aplicat în Suedia, în perioada 1970—1975, s-a axat pe :

a) acțiuni complete : exsanguinotransfuzii, profilaxie cu imunoglobulină anti-D (pentru incompatibilitate Rh) ;

b) acțiuni incomplete : îmbunătățirea tehnicilor obstetricale, a tehnicilor intensive de îngrijire neonatală, controlul creșterii fetale, depistarea neonatală a dismetaboliilor ;

c) acțiuni în curs de dezvoltare :

— înainte de sarcină : sfat genetic, depistarea heterozigoților, vaccinarea antirubeolică a fetelor ;

— aplicarea metodelor de diagnostic antenatal, inclusiv ultrasonografia și determinarea prin *screening,* a alpha-fetoproteinei materne și amniocenteza adăugate recent, în săptămînile a 14-a—a 16-a de sarcină, în cazul sarcinilor cu risc crescut pentru enzimopatii genetice, aberații cromozomiale, defecte de închidere a tubului neural ;

— depistarea și corectarea, în ultimul trimestru de sarcină, a tulburărilor materne, a disfuncțiilor placentare, a subnutriției și hipoxiei fetale.

Reducerea riscului de agresiune pre- și perinatală, precum și *dezvoltarea psihică optimă a copilului în perioada vieții extrauterine, depind și de maturitatea psihică a mamei* (63, 98, 99), de prezența unui nucleu familial stabil și bine închegat (99, 100).

Ca urmare, în ultimele decenii au apărut programe complexe de sprijin medical, educațional și social pentru mamele adolescente (101—104), pentru cele cu risc de abandon sau în pericol de a manifesta o atitudine agresivă față de copil (sindromul copilului „maltratat" etc.). Aceste programe pot reduce semnificativ riscul de instituționalizare precoce și reacțiile afective negative (142), legate de așa-numitul copil nedorit, care creează un potențial ridicat de apariție a diferitelor tulburări psihice (100, 105—108), îndeosebi de personalitate.

Conduita mamei în perioada pre- și perinatală, dezvoltarea simțului matern, sprijinirea realizării binomului mamă-copil, pentru a rezista vicisitudinilor inerente creșterii în primii ani de viață, au devenit preocupări majore nu numai pentru obstetricieni și pediatri, ci și pentru psihologi și psihiatri. Ele s-au reflectat în tematica propusă la cel de Al II-lea Congres mondial de psihiatrie a copilului, care a avut loc în martie 1983, la Cannes :

— viața și dezvoltarea copilului înainte de naștere ; „competențele" sale perceptive și posibilitățile de dezvoltare intrauterină, începuturile

Scanned with OKEN Scanner

achizițiilor, comportamentul în relația veghe-somn, aportul ecografiei în perioada prenatală, modificările psihice materne în timpul sarcinii ;

— dificultățile și tulburările interacțiunii copil-mediu (mamă) în primele săptămîni și lunile următoare ale vieții extrauterine și rolul psihiatrului într-un serviciu de pediatrie ;

— abordul terapeutic curativ și preventiv al gravidei, conceptul de „psihologie dinamică" într-un serviciu de neonatalogie și problemele psihologiei în creșe (65). Asemenea preocupări sînt justificate și de noile achiziții referitoare la viața intrauterină.

Copilul percepe lumea înainte de a se naște. Muroka, de exemplu, după ce a înregistrat zgomotele intraamniotice, le-a reprodus, la o intensitate de 80 dB, în timpul plînsului și agitației nou-născuților. Rezultatul a fost spectacular : 86% din copii s-au liniștit în 20—28 sec. (un timp, asemenea înregistrări s-au comercializat în S.U.A. și Japonia) (123).

L. Kreisler a demonstrat că viața intrauterină este bogată senzorial, emoțional și afectiv. Fătul este capabil de memorare a sunetului, își exprimă, pe plan motor, plăcerea sau neplăcerea (motricitate brutală, lovituri cu piciorul). Psihoterapia mamei se adresează și lui (110) și în acest context Bernard This a arătat rolul vocii mamei și a tatălui înainte de naștere.

În raportul său la UNICEF (1984), Grant (111) a sugerat unele măsuri preventive de „bun simț" :

— prevenirea malnutriției gravidei (reduce de la 30% la 4% numărul copiilor subponderali și cu 30—40% decesul copiilor înainte de vîrsta de 1 an) ;

— alimentația naturală a nou-născutului ;

— supravegherea dezvoltării (25% din copii de pe o treime a globului suferă de malnutriție invizibilă, subclinică) ;

— rehidratarea copilului pe cale orală ;

— îmbunătățirea comportamentului mamei — principalul agent al îngrijirii primare —, prin creșterea nivelului său instructiv și facilitarea accesului la informațiile medicale.

În ceea ce privește *perioada postnatală*, în descrierile clasice de pediatrie se insistă asupra numeroaselor agresiuni ce pot afecta creierul, mai ales în primul an de viață. Studiile din ultimele decenii au scos în evidență faptul că ele sînt favorizate de îngrijirea insuficientă, de prezența distrofiilor, a malnutriției, care, prin slăbirea organismului, facilitează producerea infecțiilor cu răsunet cerebral : meningite, encefalite, otite cu tromboze septice de vecinătate, toxicoze și bronhopneumonii cu hipoxie, meningoencefalite.

Cercetările actuale pun accentul pe corelația dintre *malnutriția din primii doi ani de viață și oligofrenie*. Se știe că ultimul trimestru de sarcină, primii doi ani de viață și, în special, primele 6—12 luni de viață extrauterină reprezintă o epocă de multiplicare extraordinară a celulelor neuronale și gliale, de creștere a creierului și continuare a procesului de mielinizare. Cercetări efectuate pe animale au stabilit vulnerabilitatea particulară a organismului în această perioadă față de carența nutrițională (112, 113). Datele longitudinale referitoare la sugarii subiecți ai agresiunilor combinate — *malnutriție neonatală și infecție* — relevă *o oprire a dezvoltării staturale și intelectuale* (14, 16, 36, 72, 75, 76, 112, 113, 115—

119). Se descriu două tipuri de malnutriţie : calorică şi/sau proteică, cea mai gravă fiind ultima, deoarece duce la modificări cerebrale ireversibile (114, 116, 118, 119).

Risc crescut de afectare a creierului prezintă copiii la care malnutriţia survine în primul an de viaţă şi durează mai mult de 4 luni (15, 115, 116). Deşi se poate obţine recuperarea nutriţională, de multe ori, consecinţele în privinţa dezvoltării somato-psihice sînt ireversibile (119—122).

Daţele unui studiu longitudinal pe o perioadă de 15—18 ani asupra unui grup de *copii subnutriţi sever*, în primul an de viaţă, au arătat *atingeri cerebrale* ireversibile, caracterizate prin microcefalie, deficite în integrarea vizuomotorie, tulburări ale imaginii de sine şi o frecvenţă ridicată a anomaliilor E.E.G., expresie a disfuncţiei cerebrale organice, dominante la nivel central, neurointegrativ (121).

De aceea, L. Eisenberg (1975) şi alţii (112, 114, 115, 118—121, 123) consideră că pentru prevenirea oligofreniilor, a întîrzierilor psihomotorii, a debilităţii fizice cu fragilizare consecutivă organică sau funcţională cerebrală ar fi *necesar un program de alimentaţie corespunzător, preparate din lapte praf şi lapte dietetic, suplimente de proteine animale şi alte produse de nutriţie, destinate atît copiilor cît şi mamelor ce alăptează, program care să vizeze cu precădere pe cei dezavantajaţi.*

Factorii psiho-sociali. Familia şi sănătatea mintală. Rolul mamei, tatălui. Carenţa afectivă şi cognitivă. Copiii din creşe, leagăne, grădiniţe. Hospitalismul familial şi instituţional. Familia, şcoala, societatea în structurarea sănătăţii mintale. Instrucţia, educaţia în învăţămînt. Învăţămîntul prescriptiv. Orientarea şcolară şi profesională. Delincvenţa. Mecanizarea, automatizarea, industrializarea, poluarea, urbanizarea, migraţia, dezrădăcinarea. Salubritatea. Suprapopularea. Încărcarea femeii. Raportul competenţă-responsabilitate. Ritmul somn-veghe. Prestigiul profesiilor. Rolul microgrupului. Suferinţa psihică şi randamentul

Dacă în perioada primei copilării factorii infecţioşi se menţin pe primul plan, mai tîrziu, odată cu creşterea rezistenţei organismului, ei tind să-şi piardă din importanţă, în favoarea factorilor ecologici cu potenţial agresiv cerebral :

— intoxicaţii acute sau cronice cu substanţe chimice, metale grele, plumb, gaze toxice, alcool, traumatisme cranio-cerebrale etc. Pot rezulta tulburări clinice variate, evolutive sau sechelare : demenţe, stări psihopatoide, encefalopatii şi cerebrastenii cu diverse tipuri de tulburări comportamentale sau modificări ale predispoziţiei individuale, în sensul creşterii vulnerabilităţii la factorii de mediu şi scăderii capacităţii de adaptare.

În cadrul gamei largi a influenţelor ecologice, se diferenţiază şi o serie de factori psiho-sociali.

Cunoscuţi încă din antichitate şi admişi fără rezerve în sanogeneză, ei au fost recunoscuţi în patogeneză, mai ales în psihopatologie, abia în secolul nostru. Motivul ? Dificultăţile în stabilirea raporturilor cuantificabile între cauză şi efect, greutatea de a-i reproduce experimental. Abia în ultimele decenii, odată cu dezvoltarea neurofiziologiei, a ciberneticii,

Scanned with OKEN Scanner

psihiatriei, psihologiei, sociologiei, pedagogiei etc., rolul lor în determinismul bolilor psihice a apărut mai clar, fără însă ca studiile și cercetările în vederea definirii și evaluării potențialului lor patogen să fie încheiate. În același scop, Organizația Mondială a Sănătății a desemnat, de exemplu, în anul 1973 — ca stație-pilot — un laborator în cadrul Institutului Karolinska, din Stockholm, pentru cercetare și învățămînt în problema stresului și a factorilor psihologici (147).

Sînt considerați factori psiho-sociali (125, 126) : aspectul general al societății — organizarea și diviziunea muncii, sistemul economic și nivelul de trai, instituțiile și structurile constitutive ale sistemului social și politic — moșteniri culturale, valori, norme, coduri, caracteristicile psihologice și modalitățile tradiționale de rezolvare a conflictelor, configurația interacțiunii relațiilor profesionale și în familie, atitudini, credințe, factori de personalitate.

Competitivitatea vieții contemporane — consecință a evoluției demografice, a transformărilor economice, politice și sociale rapide (228) — a modificat semnificativ raporturile interpersonale, scoțînd în evidență valoarea determinanților sociali și influențarea sănătății fizice și mintale, rolul colectivității și al instituțiilor sociale, îndeosebi al celor sanitare.

Înțelegînd importanța factorilor psiho-sociali în determinismul bolilor psihice, încă din 1948, dr. Brock Chisholm, primul director general al Organizației Mondiale a Sănătății, sublinia că *„societatea nu va putea produce niciodată suficienți psihiatri pentru a trata bolile mintale de care este responsabilă.* Numai măsurile preventive — promovarea sănătății mediului — vor permite umanității să conserve echilibrul său emoțional" (125). Într-adevăr, cercetările din multe țări arată că tulburările mintale sînt determinate în cea mai mare parte de om ; omul, deci, este cel care trebuie să remedieze situația. Sănătatea mintală rămîne o problemă a sănătății publice, societății revenindu-i responsabilitatea prevenirii îmbolnăvirii, îngrijirii bolnavilor, precum și a readaptării lor. *„Întrucît factorii sociali și economici joacă un rol atît de mare în maladiile mintale, se pot pretinde societății, în aceeași măsură, responsabilități directe în politica sănătății mintale față de cea fizică a populației"* (125).

Ponderea factorilor psiho-sociali, ca și modul lor de acțiune, variază în raport cu vîrsta. Astfel, în perioada copilăriei, ei au un rol esențial formativ, de structurare a psihicului, corespunzător normelor socio-culturale. Avantajele unui *mediu familial adecvat asupra dezvoltării normale a copiilor nu mai sînt de mult puse în discuție,* însă nu puține din caracteristicile sale au fost definite științific recent.

De cele mai multe ori familia reprezintă mediul aproape exclusiv în care se desfășoară *socializarea primară a copilului,* corespunzătoare primilor 3 ani de viață, iar mai tîrziu ea constituie suportul socializării secundare, realizate prin intermediul celorlalte instituții sociale, cum ar fi școala, organizațiile de copii și tineret, societatea.

Modul în care copilul își petrece această primă perioadă capătă o importanță crucială atît pentru dezvoltarea intelectuală, cît și pentru structurarea afectivității și formarea personalității, în general. Ca variabile esențiale se constituie : durata contactului direct al părintelui cu copilul, capacitatea lui de a-i înțelege și satisface nevoile, căldura și stabilitatea legăturii afective ce se dezvoltă între copil și lumea celor mari, cantitatea și calitatea informațiilor, experiențelor de cunoaștere, a deprinderilor și presiunilor educaționale oferite.

Scanned with OKEN Scanner

După Schmidt-Kolmer (1969) (127), educația timpurie este o succesiune optimală de excitații și experiențe de învățare, care încep de la naștere, organismul infantil fiind asimilat unui sistem biocibernetic autoreglator care se autoinstruiește, a cărui existență și dezvoltare sînt dependente de modalitățile, tipurile, numărul și succesiunea șirurilor de excitații ce acționează asupra receptorilor periferici.

Datele moderne de fiziologie senzorială și cronobiologie (J. Pechstein, 1981) (127) au demonstrat o anumită etapizare în maturizarea perceptuală, cu consecințe directe asupra modalităților de comunicare cu copilul mic și sugarul. Astfel primele devin funcționale simțurile de apropiere : mirosul, gustul, simțul tactil, percepția cenestezică și a mișcării, încă din primele luni de viață. Simțurile de distanță, văzul și auzul, tind să predomine mai tîrziu, după vîrsta de 3—4 ani.

Printre formele principale de legătură interumană descrise de același autor, mai ales pentru primul an de viață, se plasează apropierea fizică, ținutul în brațe, mîngîierea, legănatul, îngrijirea fizică, dublată bineînțeles de căutarea contactului vizual și o vorbire blîndă, liniștitoare. Pentru structurarea percepțiilor copilului și îndeosebi ale sugarului, apare necesară interacțiunea zilnic îmbogățită, cel puțin cu o persoană iubitoare, stabilă, sensibilă, cu care se creează o relație principală, deci o îngrijire individualizată. Ea creează o conștiință a siguranței și a încrederii în lumea înconjurătoare, încrederea primordială *(Urvertrauen)*. Treptat, în anii următori, simțurile de distanță vor prelua rolul principal în comunicarea și relaționarea interumană, fără ca cele fizice să-și piardă vreodată din influență, mai ales în perioadele de stres, de pericol, cînd contactul cu cei dragi, îmbrățișarea și mîngîierea devin cele mai puternice „medicamente" calmante.

Axul principal al legăturilor cu lumea este dat deci de așa-numita legătură primară, „obiectală", (S. Freud), creată prin dezvoltarea atașamentului (128, 129) față de o ființă apropiată, mamă, dar și tată, o bunică sau o altă persoană de îngrijire, devenită prin constanța legăturii „figură mamă", substitutivă. Ea se realizează în primii 2 ani de viață.

Pentru a obține un atașament durabil, pozitiv, legătura trebuie să aibă (M. Rutter, 1981) (129) calități corespunzătoare funcției de mamă *(mothering)* : să fie o relație de dragoste, stabilă, oferită de aceeași persoană și eventual să survină în propria familie. Interacțiunea adult-copil nu trebuie să fie neapărat de lungă durată dar, în mod necesar însă, plăcută, să atragă copilul, să-l răsplătească. În acest context este importantă responsivitatea, promptitudinea cu care adultul răspunde la chemările copilului, la nemulțumirea, la țipetele sale. Țipătul copilului este considerat ca un semnal pentru răspunsul matern de protecție și securizare.

Legătura este în ambele sensuri, copilul însuși contribuind la instalarea sa, prin capacitatea de a răspunde satisfăcător solicitărilor afective ale părintelui sau adultului, care devine o variabilă importantă în consolidarea afecțiunii. Așa cum se întîmplă în reflexul circular Baldwin, părintele este răsplătit pentru eforturile sale și se simte la rîndul lui iubit și dorit.

Atașamentul primar favorizează procesele complexe de identificare și imitație, care angajează viteza de învățare și asimilare a cunoștințelor. Figura mamă, prin comportamentul său, duce la satisfacerea numeroaselor trebuințe infantile.

Scanned with OKEN Scanner

Ele sînt generale, dar cu multe variații individuale în intensitate, fiind etapizate în raport cu vîrsta. După Maslow (1954), trebuințele (130) sînt ierarhizate pe cinci niveluri, pornind de la cele inferioare, din planul biologic pînă la cele superioare, sociale. Ele sînt :

I. fiziologice — satisfacerea foamei, setei etc. ;
II. de protecție, securitate, stabilitate, ordine ;
III. de apartenență, dragoste, afecțiune, identificare ;
IV. de apreciere, prestigiu, succes, respect de sine ;
V. autoactualizare, învățare și perfecționare.

La copilul mai mic se adaugă importanțe, trebuințe de cunoaștere, curiozitate, explorare, demonstrate experimental la diverse specii. Șoarecii, de exemplu, preferă să fie pedepsiți prin șocuri electrice, dar să privească afară printr-o ferăstruică. O trebuință care este conjugată cu receptivitatea maximă din partea sistemului nervos central. Pentru aceasta mediul trebuie să ofere o varietate de stimuli, de informații care reprezintă o adevărată „hrană", ajutînd la structurarea perceptuală, senzorială, la formarea atenției, memoriei, gîndirii și a altor procese cognitive.

În acest sens deosebim ambiențe bogate în stimuli, favorabile dezvoltării psihomotorii, intelectuale a copilului și ambiențe sărace, monotone, lipsite de stimulii potriviți vîrstei, considerate că „privează" psihicul, blochează punerea în valoare a potențialului biologic al inteligenței înnăscute.

O altă trebuință înrudită este aceea de *comunicare, expresivitate, contact interuman,* izolarea, neîndeplinirea ducînd la o serie de tulburări, dependente de durată și vîrstă. Experiențele lui Harlow și Harlow (1955) asupra maimuțelor crescute în izolare, cu o „mamă" de pluș, avînd un biberon implantat, au arătat că se produc tulburări de personalitate și afectivitate, în sens schizoid, cu indiferență față de contactele umane, dificultăți de sexualitate, incapacitate de a îndeplini funcțiile de părinte.

O trebuință marcată în copilărie este aceea de *mișcare,* trebuință în strînsă dependență de vitalitatea individului. Ea este mai pregnantă după vîrsta de un an și se conjugă adesea cu pulsiuni de atingere și explorare, manipulare a obiectelor. Contrazicerea prea brutală a acestora duce, în mod paradoxal, la exacerbarea lor, crize de mînie, opoziție, inapetență, tulburări de somn.

Există o corelație strînsă între îndeplinirea nevoilor de mișcare și dezvoltare psihomotorie, blocarea lor avînd efecte negative.

Pulsiunile de curiozitate, explorare, mișcare, comunicare, expresivitate, jocul se află la originea dorinței de a acționa independent, de a fi competent, de a se individualiza, iar mai tîrziu, de a învăța și a se autoactualiza sau perfecționa. Canalizarea lor înțeleaptă, stimularea lor prin apreciere și valorizare, contribuie de obicei mai mult la dezvoltarea copilului decît pedeapsa, așa cum au arătat-o studiile de terapie comportamentală.

Se poate pune întrebarea, care este raportul dintre satisfacerea trebuințelor infantile și exigențele procesului educațional, ce presupune limitări, presiuni și eforturi direcționate, resimțite ca efort și sacrificiu ? Se consideră că cel puțin 60% din timpul interacțiunii părinte-copil trebuie să fie plăcut, pentru ca acesta din urmă să adere la idealurile educaționale familiale și să se angajeze pe drumul asimilării firești a normelor sociale.

Scanned with OKEN Scanner

Aceasta ar putea explica de ce la unii copii, în ciuda unor eforturi educative excesive, se dezvoltă mai curînd încăpățînare și refuz față de societate, decît o bună integrare, întrucît lipsește partea atrăgătoare a relațiilor cu adulții, blocîndu-se procesele spontane de identificare și acceptare a lumii celor mari.

Au fost descrise (S. Freud, E. Erickson, S. Wolff) (132, 133) o serie de etape specifice în formarea personalității, raportate la calitatea experiențelor infantile, după cum urmează :

A. În primul an de viață, sînt trăite *primele experiențe de dependență*. Ele vor modela atitudinea individului (S. Wolff, 1978) (133) față de toate situațiile în care urmează să fie dependent de cineva. O perioadă de sugar satisfăcătoare dezvoltă încrederea, în schimb reversul antrenează pesimismul, neîncrederea în oameni. Cei fixați pozitiv în mod exagerat în acest stadiu vor căuta mereu dependențe de-a lungul vieții. Cei fixați negativ, vor rezista situațiilor de dependență. Chiar dacă, de exemplu, se îmbolnăvesc greu, ei vor refuza să accepte rolul de bolnav.

B. În perioada celui de al doilea an de viață, se dezvoltă *experiența crucială a relațiilor de cooperare* cu o persoană mult mai puternică. O parcurgere satisfăcătoare duce la autonomie și încredere în capacitatea viitorului adult de a satisface pe alții, în timp ce o trecere dificilă, stresantă, duce la îndoială și rușine, la frica de a te „expune" (S. Wolff) (133). După cum arată numeroși autori, supunerea excesivă sau invers, încăpățînarea irațională și-ar avea rădăcinile în excesele educaționale ale acestei perioade.

C. Între 3 și 6 ani, copilul trăiește din plin experiența *vieții în grupul familial*, timp în care va deveni conștient, între altele, de pulsiunile sexuale, de nevoile sale și ale altora. În această fază, după aceeași autoare, s-ar dezvolta fie inițiativa și o curiozitate vie, fie anxietatea, retracția inhibată față de alții.

D. În perioada *școlară mică pînă la pubertate*, se construiesc *atitudinile față de muncă, față de grupul de copii*. Dacă există prea multă anxietate, i se pot dezvolta *sentimente de inferioritate* în raport cu abilitățile și poziția sa printre copii. O fază fericită îl va face pe copil să fie foarte motivat pentru sîrguință și cooperare.

E. O *adolescență satisfăcătoare* duce la o *identitate fermă și la satisfacție față de opțiunile sale*. Dacă, din contră, este trăită prea stresant, formarea identității e împiedicată, adolescentul rămînînd fără o convingere fermă a ceea ce este și ce vrea în viață. Satisfacțiile vor fi adesea incomplete, cu toate eforturile sale, producîndu-se „difuziunea" rolurilor (Erickson) (132).

Fără îndoială, aceste experiențe infantile survin pe un anumit teren, anumite trăsături înnăscute de personalitate, care au, la rîndul lor, o pondere deosebită în modelarea a ceea ce va fi viitorul adult (134).

Dacă luăm în considerație rolul diferențiat al fiecăruia dintre părinți în formarea copilului, se știe că mama este aceea care în general asigură căldura, iar tatăl aduce autoritatea (135—138), ele împletindu-se în a crea armonia și echilibrul necesar procesului educativ și formării sănătoase a personalității.

Disfuncțiile vieții familiale, ce se răsfrîng asupra sănătății mintale a copilului, pot fi clasificate în :

1) situații de separare a copilului de părinți, tranzitorie sau definitivă ; se constituie stări de privare afectivă, ale căror dinamică și

Scanned with OKEN Scanner

efecte sînt raportate direct la vîrsta cînd survine privarea, durata ei și calitățile mediului în care este transplantat copilul, ale îngrijirii substitutive.

În familiile dezorganizate, poate fi vorba de absența unuia din părinți, cel mai adesea a tatălui sau a ambilor.

2) condițiile nesatisfăcătoare ale vieții familiale prin calitatea educației sau/și a climatului emoțional familial.

Calitatea educației se referă la bogăția de informații, la atitudinile parentale, iar climatul emoțional, la neînțelegerile dintre părinți, cu neglijarea copiilor etc.

Are un *efect negativ spitalizarea timpurie și prelungită, în absența mamei*, pentru îngrijirea unor anomalii congenitale, a distrofiilor sau pentru toxiinfecții trenante. Se resimte negativ lipsa atașamentului mamei față de copil; absența unor persoane iubitoare, atente la nevoile afective ale copilului, duce la întîrzieri psihomotorii prin neglijare, sau comportamentale, legate de izolare (135, 139—146). În scop preventiv se recomandă participarea intensivă a mamei la îngrijirea copilului — mai ales a celui prematur și a distroficului, ei fiind mai frecvent spitalizați. Contactul cu copilul și personalul de îngrijire se poate transforma într-o sursă de educație sanitară și de competență a părinților.

De asemenea, copiii între 6 luni și 3 ani, cînd imaginea mamei în structurile perceptuale și memoria lor începe să se stabilizeze și poate apărea șocul „despărțirii", ar trebui spitalizați cît mai puțin, preferîndu-se asistența medicală ambulatorie. Cînd spitalizarea prelungită este absolut necesară, se va urmări antrenarea copiilor la programe de stimulare, educație și joc, organizate de către surori medicale și instructori de educație. Spitalizarea mamei împreună cu copilul este și ea o soluție pentru prevenirea instituirii handicapului.

O separare relativă o constituie creșterea copiilor mici, adesea pînă la 6—7 ani sau mai tîrziu, la bunici sau alte rude, la țară sau în alt oraș decît cel în care locuiesc părinții, care de altfel îi vizitează periodic. În asemenea cazuri, transplantarea în căminul părintesc devine o operație dificilă, întrucît atașamentul primar s-a produs față de alte persoane și copilul va năzui mereu să se întoarcă la ele, la bunici. În plus, părinții se află într-o poziție nefavorabilă trecînd pe prim plan exigențele educative, severitatea, soldate frecvent cu tulburări adaptative, fugi.

Mai gravă, cu risc pentru sănătatea mintală, este separarea îndelungată sau abandonul copilului și instituționalizarea precoce în leagăne și case de copii. Ea devine deosebit de traumatizantă cînd survine după vîrsta de 6—7 luni, după ce copilul a realizat deja atașamentul față de o persoană, față de mamă, ducînd la o stare depresivă „anaclitică" (de pierdere a sprijinului) ce durează cîteva luni. În continuare se pot instala sindromul carențial afectiv și întîrzierea psihomotorie durabilă. La copiii preluați de la naștere, se resimte lipsa legăturii preferențiale, personalizate cu o „figură mamă".

Cercetările lui Pfaundler, Czerny, Goldfarb, R. Spitz și J. Bowlby (147, 148) au dus la descrierea unui sindrom neuropsihic complex, denumit „hospitalism", întrucîtva caracteristic unor asemenea instituții, deși poate fi întîlnit și în cazuri de neglijare îndelungată a copilului în fa-

milie. Alături de întîrzierea psihomotorie menționată, apar tulburări de nutriție, mergînd pînă la distrofie și nanism psihogen, dar și emoțional-nevrotice, de personalitate, cu tulburări de comportament persistente cu aspect pseudopsihopatic, egocentrism, inafectivitate, tendință la delincvență sau, dimpotrivă, dependență extremă, ce pot persista toată viața (149). Încă din secolele trecute, dar mai ales prin anii 1940—1950, se semnala în toate țările un număr impresionant de întîrzieri psihomotorii, mergînd la 40—50% din cei internați în leagăn.

Printre factorii negativi s-au identificat : • organizarea instituțiilor respective după modelul spitalelor, cu atenție excesivă, aproape exclusivă, acordată menținerii sănătății fizice ; • ignorarea nevoilor emoționale ale copiilor ; • activitate educațională scăzută ; • absența cadrelor cu competență educațională ; • izolarea și reducerea contactelor cu persoanele din afară, din rațiuni epidemiologice (150).

S-a observat însă că numai unii dintre copiii instituționalizați precoce prezintă riscul întîrzierilor psihomotorii, datorită inabilității lor de a stabili relații afective cu personalul de îngrijire, fiind vorba de copii lenți, inerți sau cu emoționalitate prea intensă, plîngăcioși, agresivi, necomunicativi, cu dificultăți de adaptare la situații noi, cu somn neregulat, deprinderi capricioase în alimentație și în control sfincterian (151—155).

O altă categorie cu risc crescut o reprezintă copiii care au nevoi relativ mai mari de educație și aport informațional, printre ei plasîndu-se cei cu microleziuni cerebrale, subdotare genetică, debilitate fizică sau deficiențe senzorio-motorii.

Numeroase studii efectuate în ultimele trei decenii au demonstrat că dezvoltarea neuropsihică a copiilor din leagăne este strict dependentă de calitatea instituției, calitate care poate fi substanțial îmbunătățită (M. Rutter, 1980) (151). S-a declanșat astfel un lent proces de restructurare instituțională, rezultatele înregistrate pînă acum în țara noastră și în alte țări sugerînd că sechelele cognitiv-afective determinate de astfel de instituții pot fi prevenite sau corectate.

Dintre măsurile preconizate, pe prim plan se situează pregătirea personalului medical în domeniul sănătății mintale a copilului mic, în domeniul pedagogiei vîrstelor mici, în recunoașterea principalelor sindroame de întîrziere neuropsihică și de atingere neurologică, o bună pregătire în recuperare. Pentru medicii pediatri din instituțiile de ocrotire, calificarea suplimentară în neuropsihiatrie infantilă va justifica rolul de „pediatri de dezvoltare" (83, 87, 156).

Alte măsuri constau în îmbunătățirea dotării, umanizarea instituțională, creșterea aportului informațional prin programe educaționale susținute, utilizarea de personal voluntar, contacte frecvente și prelungite cu cei din afara unității, excursii, reducerea ratei educator/educat.

Într-o serie de instituții moderne de acest tip, rata adult/copil a scăzut, astfel, de la 1/20—1/40, tipică celor slab încadrate, la cifra considerată optimă de 1 adult la 5—6 copii. Activitatea a fost structurată în grupe mici de 6 copii, de vîrste diferite, dar apropiate, pentru a favoriza și învățarea pe orizontală, de la copil la copil, cuprinzînd jocuri, programe de învățare stimulative și exersări ale acțiunilor gospodărești. Programul de viață a cuprins experiențe firești, multe activități în afara instituției, cumpărături în magazine, excursii, vizite la membrii grupului de adulți etc. (157).

Scanned with OKEN Scanner

În vederea îmbunătățirii climatului emoțional în leagăne, una din variabilele critice pozitive este stabilirea unei atitudini de cooperare, de interacțiune stimulativă, pozitivă, de învățare, dublată de contacte fizice, dragoste, blîndețe, încredere, adică depășirea conduitei clasice a personalului medical, de „supraveghere", „examinare" mecanică.

Importantă este asigurarea unei figuri materne stabile, pentru grupuri mici de cîte 6—7 copii și care să aibă un mare grad de interacțiune. În practică, stabilitatea este amenințată de tendința personalului educațional din aceste instituții de a-și schimba prea des locul de muncă (158, 159), ceea ce poate duce la slaba fixare afectivă a copiilor și la „foamea afectivă", la căutarea continuă, nediscriminativă a contactelor cu alte persoane, însă la un nivel superficial.

Probleme în domeniul afectivității s-au observat pe un lot mai mare de copii — experiența israelită (160) —, crescuți în *kibbutz*-uri, separați de părinți încă din prima săptămînă de viață ; deși ei au avut condiții de educație foarte bune, izolarea de părinți nu a rămas fără efect. Consecința ? Cei crescuți în asemenea condiții, ajunși părinți, au refuzat să-și dea proprii copii la căminele respective.

O altă cale de a răspunde situațiilor de abandon este *adopțiunea*, care, și ea, angajează numeroase probleme afective, mai ales la cei adoptați după vîrsta de 2 ani, datorită sinuozității structurării legăturilor părinte-copil, asupra cărora plutește de multe ori imaginea „părintelui absent" și riscul de abandon (161, 162), iar din partea părintelui adoptiv, așteptările exagerate. În multe țări ea a devenit o cale principală de soluționare a cazurilor de separare precoce, ducînd la o reducere considerabilă a numărului celor aflați în leagăne și case de copii.

La un anumit grad de carență afectivă sînt expuși și copiii din *creșele săptămînale*, la care contactul cu părinții este redus la scurtul interval, în raport cu nevoile lor, al sfîrșitului de săptămînă. Ea poate fi suplinită numai printr-o înaltă pregătire a personalului educațional.

O altă disfuncție familială, cu risc de afectare a sănătății mintale a copilului, este *insuficiența educațională*. Ea poate fi determinată de dezavantajul cultural (163, 164) al familiei dar și de neglijarea îndatoririlor părintești, care poate să se producă și în familii cu părinți bine educați, preocupați mai curînd de nevoile lor personale de afirmare socială decît de creșterea copiilor, cel mai adesea lăsați în grija unor persoane incompetente. Această ultimă alternativă favorizează instalarea „hospitalismului familial" descris de G. Heuyer (165), caracterizat prin întîrziere mintală și nematurizare afectivă în perioada preșcolară.

Condițiile instructiv-formative nefavorabile au fost întîlnite și în familii dezorganizate, mai ales cu mame oligofrene și, acolo unde rata interacțiunii părinte-copil era scăzută, principalul contact psihic realizîndu-se pe orizontală, între copii, ceea ce reduce din calitatea informațiilor furnizate (M. Rutter, 1970) (166, 167).

Printre mecanismele incriminate (68, 168, 169) se enumeră : cantitatea și calitatea insuficientă a limbajului auzit în familie, educația slabă a logicii, atitudinea pedagogică și generală defectuoasă, caracterizată prin absența sau excesul restricțiilor și pedepselor, brutalitatea, organizarea proastă a ambianței, absența jucăriilor corespunzătoare, neangajarea mamei în interacțiune cu copilul, lipsa căldurii afectiv materne, sărăcia informațiilor vehiculate (170, 227).

Datele epidemiologice aduc importante argumente în această direcție.

Scanned with OKEN Scanner

M. Czezkowski, în studiul (163) efectuat asupra copiilor din orașul Varșovia, a stabilit că 60% puteau fi considerați retardați, incriminînd o strînsă relație între întîrzierea mintală și ocupația părinților ; rezultatele cele mai slabe au fost obținute de copiii părinților necalificați și slab școlarizați, cu condiții precare de locuit.

Alte cercetări au evidențiat *distribuția preferențială a intelectului de limită în medii subculturale, în familii adesea sărace, cu condiții grele de locuit* (136). Din acest motiv s-au declanșat în ultimii ani numeroase discuții, îndeosebi asupra intelectului de limită, privind importanța factorilor endogeni lezionali genetici în raport cu cei socio-culturali și educaționali ; unii autori preferă, pentru scopuri practice, cel puțin în această etapă, să includă intelectul de limită într-o categorie mai largă, denumită educațional „subnormali" (171).

Așa cum reiese din studiile de mai sus, carențele instructiv-educaționale pot afecta atît copiii cu posibilități intelectuale normale cît, mai ales, pe cei cu o oarecare atingere cerebrală sau subdotare genetică, printr-un fenomen de sumare, de potențare reciprocă.

L. Eisenberg și alții (123, 172, 173) menționează că rezultatul atingerii cerebrale în perioada de sugar (și anterior) — cu o condiție, să nu fie foarte gravă — depinde, în mod semnificativ, de natura interacțiunii copilului cu mediul social (168). Astfel, Werner și colab. (174), într-un studiu al unei cohorte de născuți din Kauai (una din Insulele Hawaii), au găsit că aptitudinile școlare și comportamentul la vîrsta de 10 ani erau corelate cu starea și semnele neurologice de la naștere, la copiii proveniți din medii socio-culturale cu nivel scăzut, nu și la cei proveniți din familii mai înstărite. *Aceasta sugerează posibilitatea tolerării unui grad de agresiune cerebrală în situația unui mediu bogat în resurse cognitive*, mediu care să ofere oportunități compensatorii pentru dezvoltare ; în lipsa lui, prin mecanisme multiplicative, nu simplu adiționale, ale unei privări sociale conjugate (L. Eisenberg, 1975), urmările devin manifeste. Aplicarea conceptului respectiv, recent confirmat și experimental pe animale (135), presupune nu numai asigurarea unor îngrijiri speciale, ci și depistarea precoce și instituirea unui program adecvat de măsuri. Astfel, depistarea timpurie a deficiențelor vizuale și auditive capătă o importanță majoră prin posibilitatea protezării hipoacuzicilor încă din primul an de viață (175), cît și prin orientarea procesului de comunicare părinte-copil. Se consideră că simpla sfătuire timpurie a părinților de a se plasa cînd vorbesc în cîmpul vizual al copilului cu tulburări de auz, poate reduce deficitul de limbaj și disfuncțiile cognitive (162). Chiar în cazul unor deficite neurologice mari sau al întîrzierilor psihice evidente, în unele țări se înregistrează greutăți de depistare, între care și țara noastră (177). Pentru rezolvarea economică și eficientă a depistării diferitelor handicapuri, au fost inițiate, într-o serie de state, precum Danemarca, Suedia, programe de instruire țintită a surorilor de ocrotire, cu utilizarea unor aparate simple (trusa Böll). Prin acțiuni consecvente s-a ajuns la creșterea depistării precoce pînă la 95—99% (177). Pentru o serie de afecțiuni, cum ar fi hipoacuzia severă, depistarea se face încă din maternitate (109, 110, 178, 179) ; în alte cazuri, copiii cu risc crescut — de exemplu, marii prematuri, care pot prezenta deficite psiho-neurologice de diferite intensități — sînt orientați, încă din primele luni de viață, prin serviciile de sănătate și cele educaționale — către asistența specializată.

Scanned with OKEN Scanner

În ultimul deceniu, măsurile de depistare au evoluat către un concept integrativ, care implică identificarea tuturor defectualităţilor posibile, prin acţiuni periodice, întreprinse încă din prima săptămînă de viaţă, pînă la 13—15 ani, punîndu-se accentul asupra folosirii sorei de ocrotire de la dispensar. O asemenea metodologie se aplică din 1974 în S.U.A., din 1979 în R.F.G. şi parţial şi în ţara noastră, pentru perioada de vîrstă 3—6 ani (166, 180).

Pe baza unui studiu catamnestic, alţi autori (164, 167) au arătat că *handicapul dezvoltării intelectuale* odată constituit — de natură organică cerebrală (genetică, lezională), de natură socio-culturală sau mixt —, *tinde să crească şi nu poate fi corectat spontan de către copii*, mărind, treptat, dificultăţile de încadrare şcolară.

De aceea capătă o importanţă deosebită un program de corectare sau de prevenire cu caracter educaţional, *început timpuriu, care să cuprindă măsuri adecvate şi diferenţiate, în funcţie de natura handicapului: organic, mixt sau pur socio-cultural.*

La *aşa-numiţii copii dezavantajaţi* s-a observat că, în timp ce în primul an de viaţă, performanţele lor obţinute la scala de dezvoltare Gesell sînt oarecum asemănătoare cu cele ale martorilor, începînd cu perioada 18 luni—2 ani, ele tind să scadă atît în privinţa asimilării de cunoştinţe, cît şi a dobîndirii abilităţilor. Reexaminaţi după un interval de 2 ani, copiii cu intelect de limită sau cei încadraţi în categoria mai largă, numită „educaţional subnormali", au progresat numai cu 8 luni.

Perioada 0—3 ani este considerată drept crucială în prevenţia handicapului psihic, strategia majoră, în cadrul acţiunilor preventive, constituind-o *modificarea condiţiilor de învăţat ale copiilor*. În acest sens, există dovezi categorice despre efectele pozitive ale mediului asupra coeficientului intelectual, prin intervenţia planificată pe un model experimentat.

Astfel, la Universitatea din Wisconsin (181), a fost realizat un program de stimulare socială şi senzorială care a început prin identificarea femeilor însărcinate, cu nivel intelectual submediu, din cartierele mai nevoiaşe. Pentru copiii lor s-a oferit o creşă foarte bine organizată şi încadrată, care le-a permis, pînă la 5 ani, inclusiv, o experienţă preşcolară bogată. Aceşti copii şi-au petrecut toată ziua într-un mediu în care proporţia adult-copil a fost de 1/2; activitatea zilnică s-a concentrat asupra îndemînării verbale şi a rezolvării problemelor şi calculelor. Atunci cînd au intrat în şcoală, diferenţa de coeficient mintal între cei stimulaţi şi grupul de control s-a dovedit remarcabilă; la majoritatea celor din grupul de control scorurile au fost către limita inferioară a normalului sau de întîrziere psihică.

J. M. Hunt (135) a probat o metodă şi mai eficientă prin organizarea unor grădiniţe în care programul de stimulare s-a aplicat de timpuriu (de la vîrsta de 1 an şi 6 luni), cu raportul adult/copil de 1 la 5, folosind totodată şi părinţii, pe care i-a învăţat metodele cele mai bune de interacţiune adult-copil, transformîndu-i treptat în educatori de valoare. Acest tip de program permite difuzarea cunoştinţelor, prin împărtăşirea spontană a experienţei cîştigate, la alţi părinţi şi aplicarea ei la alte familii din afara programului. Acelaşi autor (fără să fie însă singurul) insistă asupra importanţei fundamentale a perioadei primului an de viaţă, care trebuie să fie foarte bogată în stimuli afectiv-informaţionali (135, 182). Cerinţă extrem de greu de realizat în familiile nucleare (incluzînd numai

părinți-copil, fără alți membri adulți), unde ambii părinți sînt în cîmpul muncii, iar mama lipsește mult timp de lîngă copil.

După Beller (183), programul de intervenție ar influența variabilele emoționale, conceptul de sine al părinților și atitudinile tot atît cît și factorii cognitivi ; modificarea variabilelor noncognitive va media cîștiguri în alte arii avînd, se pare, un rol important în învățarea timpurie.

Torrado da Silva, într-un centru de zi destinat copiilor preșcolari cu risc crescut *(haut risque) (Le jardin d'enfants thérapeutique)*, a obținut rezultate favorabile prin utilizarea — în cadrul abordării pluridisciplinare — a tratamentului simultan al copilului și mamei (și/sau al cuplului parental) (191).

Aplicarea sistematică, pe scară națională, a unor programe de educație suplimentară adresate copiilor din familii dezavantajate cultural și altor copii cu risc crescut de interesare neuropsihică, în Suedia, a dus la reducerea semnificativă a prevalenței debilității mintale sub 1% (Hagberg, 1982) față de media internațională de 3—5%.

Aceste observații sugerează utilitatea elaborării și în țara noastră a unor programe experimentale de îmbogățire a educației copiilor dezavantajați, rentabile economic, în cazul aplicării pe scară mare (185).

Deși studiul lui Blehar arată că îngrijirea instituțională de zi poate avea efecte negative asupra relației mamă-copil (186), alți autori (185, 187) au demonstrat că cei proveniți din familii profund dezavantajate, care frecventează o creșă de zi, pot obține rezultate profitabile dacă mamele sînt sprijinite și educate în sensul creșterii interacțiunii.

În plus, activitatea în producție oferă mamelor șansa realizării personalității, atît de necesară echilibrului lor emoțional, iar pentru copil, frecventarea creșelor, grădinițelor poate fi avantajoasă în condițiile unei îngrijiri substitutive stabile și de înaltă calitate, dar numai pentru o parte a zilei. Copilul trebuie să-și ocupe restul timpului împreună cu părinții (188).

În acest sens cercetări românești (146) au relevat diferențe semnificative între dezvoltarea copiilor din creșa de zi și cea săptămînală, în favoarea primei, diferențe rezultate din îngrijirea suplimentară zilnică, realizată de către părinți.

Chiar și în condițiile frecventării creșei săptămînale, intervenția educațională a dus la importante corectări ale întîrzierii psihomotorii, după o aplicare consecventă de 3—6 luni a programului de stimulare psihomotorie suplimentară.

O concluzie importantă, relevată de unele cercetări (189), se referă la faptul că vîrsta de 3 ani este cea mai timpurie pentru începerea îngrijirii de grup ; în ce măsură, în anumite condiții, impuse de ocuparea ambilor părinți în producție, îngrijirea în grup ar putea începe mai devreme, rămîne încă o problemă, al cărei răspuns va fi determinat de mărimea și structura grupului, circumstanțele (vezi mai sus) propice pentru menținerea sănătății mintale a copiilor respectivi.

În consecință, pentru prevenirea unor întîrzieri psihice legate de carențe afectiv-educative la vîrsta mică, se conturează un șir de acțiuni conjugate : creșterea duratei de interacțiune între părinte și copil, îmbunătățirea educației în familie, prin programe destinate părinților, organizate pe lîngă creșe și eventual grădinițe, asigurarea unor creșe bine utilate, încadrate cu personal suficient și bine calificat și dotate corespunzător, de asemenea, predominența îngrijirii de zi. În creșele de zi, este

utilă organizarea temporară a unor grupe mici, din copii cu risc de întîrziere, care să beneficieze de un supliment de educație.

Și pentru perioada preșcolară, cercetări românești, întreprinse pe un lot de 40 000 de copii de 5 ani, au relevat o creștere a întîrzierilor mintale cu 30% în grădinițele cu regim săptămînal, față de grădinițele cu regim de zi sau cu orar redus. Aceleași studii (187, 190) semnalează proporții mai mari de întîrzieri la copiii din grădinițe ai căror părinți au nivel inferior de instruire.

Din datele prezentate reiese că *soluțiile substitutive pentru îngrijirea preșcolarilor, cum ar fi căminul săptămînal, casa de copii, necesită o atenție deosebită atît din punct de vedere al modului de organizare, cît și al oportunității introducerii unor copii în aceste colective*, în care s-a apreciat, condițiile pot fi îmbunătățite substanțial (71, 140, 141, 144—146, 191).

O atenție deosebită a început să se acorde copiilor întîrziați, celor cu handicap motor, psihic și de limbaj, instituit în perioada ante- și preșcolară, pentru care s-au creat facilități speciale — grădinițe diferențiate —, incluzînd programe de recuperare timpurie, ce pun accentul pe latura psihopedagogică, menite să contribuie atît la rezolvarea dizabilităților specifice cît și la dezvoltarea armonioasă a personalității.

Dacă în orașele mari, grădinițele diferențiate tind să fie foarte specializate, fiind organizate pe grupe omogene, în raport cu tipul de disfuncție, în cele mici sau în ariile rurale, ele au căpătat în ultimii ani (Danemarca, de exemplu) un caracter mixt, incluzînd copiii cu paralizie cerebrală, alături de cei cu sindrom Down, autiști, hipoacuzici sau întîrziați prin neglijare. Aceasta presupune însă o calificare multilaterală de cea mai bună calitate a personalului educațional.

Extinderea masivă a îngrijirii de zi, în centre de recuperare, și altor forme educaționale diferențiate, începute timpuriu, în primele 3—6 luni, ca urmare a depistării precoce, la care se adaugă un amplu program de profilaxie primară, menționat anterior, a redus simțitor cererile de internare, în căminele-spital, destinate celor cu deficit neuropsihic sever și profund, în Suedia (192, 193) și în alte țări europene.

Din experiența unor centre și grădinițe diferențiate (194—196) din Anglia, reiese că durata participării la programele amintite variază între 6 luni și 2 ani, în funcție și de gradul în care părinții sînt antrenați și colaborează. Prin utilizarea rațională a unei singure echipe de personal, se poate asigura participarea a 30—35 de copii, între 1 și 5 ani, la asemenea acțiuni educaționale, frecvența medie fiind de 2 zile/săptămînă.

Și în țara noastră funcționează cu bune rezultate cîteva grădinițe diferențiate (tendința este de a li se mări numărul) destinate copiilor cu deficiențe psihice sau sensoriale ; sînt în faza experimentală grupe diferențiate pentru suferinzii de paralizie cerebrală.

Spre deosebire de modelul internațional, majoritatea celor din țara noastră sînt organizate pe principiul căminului săptămînal, ceea ce creează facilități pentru familie dar și un grad de privare afectiv-cognitivă pentru copii, părinții fiind în fapt eliminați din programul educațional din timpul săptămînii. Aceasta ar putea reduce oportunitățile de socializare secundară a copiilor care trăiesc într-un colectiv foarte închis, departe de varietatea situațiilor caracteristice vieții familiale.

O a doua latură importantă, legată de influența familiei asupra copilului este dată de *formarea personalității*, printr-un proces complex, deja

Scanned with OKEN Scanner

menționat, prin care se dezvoltă capacitatea de acțiune independentă, voința, discernămîntul, trăsăturile etico-morale, caracterul. De la părinții săi copilul învață primele relații sociale, își formează „stilul", atitudinea față de cei din jur și față de muncă, se conturează trăsăturile caracteriale pe nucleul afectiv temperamental specific (197).

Printre cerințele unei vieți familiale, apte de a realiza cetățeni de valoare, figurează : atmosfera liniștită, echilibrată, raporturi constante între părinți, cu respectarea rolului și opiniilor fiecăruia, stabilitate, conduită morală consecventă, exemplară (198, 199), afectivitate și autoritate, realizate printr-un constant control și sprijin în depășirea obstacolelor și îndeplinirea cerințelor sociale, temelor școlare. Influența părintelui se resimte numai în cazul unui timp suficient de interacțiune, care să permită „asimilarea" de către copil a modelului parental, o comunicare în dublu sens (200—203).

Procesul de educație trebuie să aibă un caracter activ, bine dirijat și susținut. Scăderea calității acestuia și folosirea fără discernămînt a conceptului „laisser-faire", al disciplinei liber consimțite, neglijarea limitărilor știrbesc autoritatea părinților, favorizează aderența la alte grupuri resimțite „mai puternice", dezvoltarea subculturilor antisociale (201, 202) și contribuie la apariția unor adulți lipsiți de însușiri etico-morale, dezorientați, sugestionabili, fără individualitate și năzuințe superioare.

Tulburările mediului familial determină sau favorizează apariția unor tulburări psihice polimorfe, dintre care pe prim plan se situează *tulburările de comportament sau de adaptare* ale copilului și adolescentului ; proporția cazurilor cu asemenea manifestări variază de la o vîrstă la alta, cele mai multe întîlnindu-se în perioada adolescenței. La școlarul mic, tulburările comportamentale se asociază adesea cu o serie de simptome nevrotice (204).

Unele cercetări românești (205) evidențiază în etiopatogenia tulburărilor de comportament patru categorii de factori : genetici, cerebral-organici, psihogenetici și maturaționali, aflați într-o intricare subtilă ; alte studii (206) subliniază corelația lor constantă cu tulburările mediului familial : dezorganizare prin divorț, căsătorii nelegitime, decese, părăsire de domiciliu, discordie, atmosferă negativă de tensiune și confruntare între părinți, alcoolism (204).

Între copiii cu tulburări de comportament la vîrsta de 3 ani și cei din „grupul de control" există diferențe în ceea ce privește depresiunea mamei, calitatea relațiilor parentale și a locuinței (rată mai mare decît cea anticipată în blocurile turn) (207).

Printre elementele nefavorabile ale climatului familial se înscriu conflictele, certurile nesfîrșite sau brutale între părinți, care duc la ruinarea prestigiului și autorității lor în fața copilului.

Așa-numita familie schizmatică este strîns corelată (176) cu apariția tulburărilor de comportament la băieți în perioada adolescenței. În cazul divorțului, o bună parte din tulburările de comportament ale copiilor precede cu mult timp separarea *de facto* sau *de jure* a părinților, urmînd fidel atmosfera între soți. Pentru a reduce efectele sale negative au fost elaborate programe de prevenție destinate special acestor categorii de copii (208). S-a constatat că ameliorarea raporturilor familiale este urmată de o îmbunătățire semnificativă a comportamentului, ceea ce ar motiva ipoteza frustrării emoționale a copiilor (173). Pe de altă

Scanned with OKEN Scanner

parte M. Rutter (1980) sugera că sînt mai utile separarea și existența pe lîngă un singur părinte echilibrat decît traiul lîngă un cuplu în criză trenantă (210).

Tulburările climatului emoțional familial se însoțesc adesea de neglijare. În asemenea cazuri, la carențele informaționale inerente se adaugă de multe ori și izbucniri de agresivitate din partea părinților, ceea ce generează tablouri psihice grave, în care întîrzierea mintală se suprapune unor fenomene psiho-organice, lezionale (148, 211, 212).

Deși brutalitățile au fost semnalate mai ales în familiile cu părinți alcoolici, bolnavi psihici sau decăzuți, ele pot fi întîlnite și în familii aparent normale. În ultimul deceniu, s-au stabilit programe educaționale preventive adresate părinților, care pot fi aplicate în spitalele și policlinicile de pediatrie (1983) (213). Se pare însă că mulți copii sînt pedepsiți excesiv și din cauza particularităților lor somato-psihice, printre care iritabilitatea, instabilitatea, întîrzierea mintală, unele diformități fizice (214, 215).

Atitudinea agresivă a părintelui devine un model negativ pentru copil, care îl aplică față de colegii de grădiniță sau de școală, devenind el însuși agresiv. Asemenea modele se întîlnesc în familii decăzute, cu părinți delincvenți, alcoolici sau care, la rîndul lor, moștenesc prin „ereditate socială" asemenea stiluri de relaționare de la ascendenți.

Tot atît de nefavorabilă este și absența unuia dintre părinți, care creează un dezechilibru fundamental al vieții familiale, cel rămas fiind obligat să îndeplinească un dublu rol cu valențe contradictorii.

Traumele psihice timpurii, absența mamei, neîndeplinirea nevoilor esențiale pentru dezvoltarea psihică determină adesea apariția unor grave modificări ale personalității (149), așa-numita *reacție agresivă nesocializată* (216), *iar dezorganizarea familială, slaba autoritate parentală, legată, adesea, de absența tatălui, favorizează apariția delincvenței*, îndeosebi a delincvenței de grup, în cadrul căruia adolescenții se asociază și găsesc autoritate, sprijin, aprobare (138, 217).

Unele *defectualități individuale*, în schimb, precum instabilitatea, hiperexcitabilitatea, chiar dacă sînt de intensitate mare, se pot atenua pînă la un punct, printr-o *structurare caracterială compensatorie, cînd mediul familial și social este adecvat.*

Nu putem trece peste faptul că un grup apreciabil de *copii cu disfuncții cerebrale intrinsece, genetice sau lezionale prezintă un mare risc de tulburări de comportament.* Cei mai mulți sînt microsechelari, cu disfuncții cerebrale minime, rezultate în urma unor afecțiuni cu implicații cerebrale survenite la vîrstă mică.

În manifestările lor se intrică atît factorii cerebrali cît și reacțiile secundare psihogene față de atitudinile mediului, care de multe ori prezintă dificultăți în a interpreta corect natura lor și răspunde inadecvat, excesiv, fie punitiv, fie protectiv, permisiv.

Capacitatea lor adaptativă redusă este de cele mai multe ori depășită chiar de exigențele unei existențe obișnuite, astfel că pentru a se obține o echilibrare a personalității și o atenuare a tulburărilor, stopîndu-se drumul către reacțiile antisociale, sînt necesare ajustări corespunzătoare ale regimului de viață și atitudinilor parentale. Ei au nevoie de o existență întrucîtva protejată care să țină seama de „nevoile lor speciale educaționale" și afective.

Scanned with OKEN Scanner

În ultimele decenii, pentru a veni în ajutorul familiei au fost elaborate programe de sfătuire a părinților, sub formă de instrucțiuni scrise, pe cicluri de 5—6 lecții în grup, cu conținut standardizat (Gordon, 1972 ; Perez, 1974 ; Innerhofer, 1978) (218—220), sau grupuri de conciliere sistematică. Experiența acumulată pînă în prezent arată că părinții pot deveni mult mai competenți, obținînd rezultate mai bune în educația unor categorii de copii precum hiperkineticii, autiștii, întîrziații psihomotor, cu disfuncție cerebrală minimă sau chiar psihotici. În alte cazuri, tulburările de comportament se pot grefa pe o structură psiho-biologică relativ normală, îmbrăcînd aspectul reacțiilor potologice și al structurărilor caracteriale psihogene, determinate de condițiile negative de mediu, tulburări denumite de majoritatea autorilor „sociopatii".

În aceste condiții, se poate spune că, în bună parte, *tulburările de comportament reflectă patologia familiei.* Măsurile pe plan social, menite să realizeze stabilizarea nucleului familial și ridicarea nivelului socioeconomic și cultural, ca și competența părinților, par să fie cele mai adecvate pentru prevenirea unor asemenea tulburări (229). În acest sens, se pot enumera : asigurarea locuințelor igienice, rezolvarea problemei navetismului și a instabilității profesionale, organizarea sfatului genetic, măsuri de consiliere etc.

Considerăm că sînt necesare și studii sociologice, care să ofere puncte de sprijin pentru găsirea unor soluții specifice. Soluții adecvate configurației noastre sociale, în care lucrează de obicei ambii părinți, ceea ce favorizează unele insuficiențe ale procesului educativ al copiilor. Apreciind rolul educativ al unor instituții substitutive, considerăm, totuși, că *educația de bază a primilor 6—7 ani trebuie să revină,* într-o măsură corespunzătoare, familiei (197).

Instrucția, educația în învățămînt. Învățămîntul prescriptiv. Orientarea școlară și profesională.

În capitolul I, s-a subliniat faptul că sănătatea mintală se construiește, se promovează, se reînnoiește. Acest lung și anevoios proces începe din prima zi de viață. Sănătatea mintală a copilului se structurează prin sănătatea celor din jur. Un rol de seamă revine școlii, educatorului, astfel încît nivelul de sănătate mintală este condiționat și de calitatea programei de învățămînt, de modul de organizare a procesului pedagogic, de nivelul de pregătire și calitățile pedagogice ale personalului didactic, precum și de modul de dotare cu material instructiv-educativ a instituțiilor de învățămînt.

Dezvoltarea impetuoasă a științei în ultimele decenii a crescut discrepanța dintre volumul cunoștințelor acumulate de omenire și posibilitățile de asimilare, ca urmare a dificultăților de memorare, a timpului insuficient pentru învățătură. Acest fapt impune perfecționarea continuă a învățării, raționalizarea procesului de învățămînt pe baze științifice, restructurarea pregătirii pedagogice, elaborarea de teorii ale învățării etc.

După cum se știe, *scopul învățămîntului este formarea proceselor psihice cu însușiri dinainte stabilite* (230, 231). Deci prima condiție pentru o bună organizare a învățămîntului este programarea corectă a rezultatelor, a însușirilor. De aceea stabilirea structurii proceselor învățămîntului, în calitate de scopuri, se realizează prin metoda modelelor, un loc important ocupîndu-l modelul algoritmilor (formulelor) activității intelec-

Scanned with OKEN Scanner

tuale. La alcătuirea algoritmilor — sarcină foarte grea — trebuie să se țină seama atît de factori logici și psihologici, cît și de necesitatea alegerii algoritmilor optimali din punct de vedere al numărului de operații.

S-a constatat însă *că acțiunile bazate pe algoritm limitează posibilitatea alegerii*, fapt care contravine celei mai importante sarcini a psihologiei și pedagogiei, aceea de a stimula mecanismele probabilistice (stochastice) ale gîndirii. De aceea, în *programarea corectă a procesului de învățămînt, este important să se construiască modele nu numai pentru procesele algoritmice, ci și pentru cele stochastice*, care să urmărească formarea unor procese de natură nealgoritmică (230, 231).

Din acest punct de vedere, dificultățile învățămîntului constau nu în elaborarea soluțiilor programate, ci a procedeelor de a le evidenția și a metodelor precise de a le măsura.

În același timp, profesorii nu pot realiza dirijarea proceselor psihice ale elevilor pe baze științifice, întrucît li se cere ceva despre care nu au suficiente cunoștințe.

În toate țările se semnalează numărul redus de ore afectate pedagogiei în universitate, astfel încît viitori profesori, insuficient pregătiți pentru activitatea practică, nu posedă metodele de rezolvare a problemelor pedagogice care apar în practica procesului de învățămînt. Ei ajung să dispună de anumite cunoștințe de pedagogie, nu însă și de o gîndire pedagogică. În organizarea procesului de învățămînt, se urmărește crearea unor condiții optime pentru o dirijare cît mai completă a proceselor psihice, mai bine-zis, pentru formarea capacității de autodirijare. Influențarea proceselor psihice se realizează acționînd asupra componentelor lor, *cea mai importantă sarcină a pedagogiei fiind, deci, căutarea procedeelor pentru formarea pe operații a proceselor psihice*, crearea unor forme de organizare a procesului de învățămînt care să asigure constituirea tuturor sistemelor necesare de cunoștințe și operații.

Formarea adecvată pe operații a proceselor psihice nu se poate asigura fără elaborarea unor metode de control pe operații, vizînd desfășurarea acestor procese, modul cum se structurează algoritmii. Pedagogul are nevoie de informații permanente despre ceea ce se întîmplă în conștiința elevului, pentru a corecta abaterile de la desfășurarea normală a procesului de gîndire. Această informație continuă se numește conexiune inversă *(feed back)*.

Psihologul american D. Porter (231) constată că pentru succesul procesului de învățămînt la limba maternă, de exemplu, fiecare elev trebuie să primească în 20 minute aproximativ 150 de asocieri (întăriri); la 30 de elevi dintr-o clasă, numărul total de întăriri în 20 minute — număr necesar — este de 4 500, adică 225 de întăriri pe minut (4 pe secundă). Ceea ce va fi imposibil de realizat.

Deficiența principală a procesului de învățămînt constă deci în insuficiența conexiunilor inverse, ca urmare a numărului mare de elevi raportat la un pedagog. Ascultarea și probele de control sînt singurele disponibile în învățămîntul clasic. Spre deosebire de ascultare, unde pedagogul poate interveni în timpul procesului de gîndire, probele de control relevă rezultatele acestei activități, fără să permită pătrunderea, urmărirea și dirijarea procesului. Rezultatul corect al unei activități nu atestă însă corectitudinea procesului care a dus la el. Predînd, deseori, profesorul nu știe cum este prelucrată informația și dacă se realizează întocmai procesele

Scanned with OKEN Scanner

necesare. Optimizarea dirijării în învățămînt folosește două metode : reducerea numărului de elevi raportat la un pedagog și utilizarea aparaturii electronice (așa-zisele mașini pentru învățat).

Pentru că unele funcții au rămas neîndeplinite satisfăcător, învățămîntul continuă să fie, în toate statele, obiectul unor perfecționări permanente, ce se cer încă definite.

Astfel, apreciat, pe rînd, „instituție-proiect" (spre deosebire de epocile istorice anterioare, cînd îndeplinea atribuțiile specifice unei „instituții-reflectare"), „industrie producătoare de calificări", „serviciu de consum cultural la dispoziția tuturor cetățenilor" implicați în procesul educației permanente, gigantic „centru strategic" în care națiunile învață să inoveze în beneficiul dezvoltării globale, învățămîntul este supus criticilor unor oameni de știință, filozofi, politicieni, elevi, studenți (mișcările tineretului occidental, cele din Franța anului 1968, de exemplu, sînt concludente), ale părinților și educatorilor înșiși. Ce se reproșează, totuși, în acest larg registru de critică ? De la relevarea incongruențelor, disfuncționalităților, dereglărilor, însoțită de propuneri fiabile pentru ameliorări, pînă la negarea împinsă la absurd, Ivan Illich, de pildă, fiind „superstarul" nihilismului contemporan, exponentul dezinstituționalizării societății, al abolirii oricăror instituții sociale. În această optică, instituțiile cele mai importante au ajuns la starea de tehnică contraproductivă, educația formează din ce în ce mai mulți incompetenți specializați, *mass media* înecă mesajele în zgomote, iar medicina a devenit o antrepriză de demolare a sănătății. Instituția produce, deci, contrariul valorii specifice pentru care societatea a creat-o (232). În „Deschooling society", Illich declară că învățămîntul separă educația de realitate și munca, de creativitate, făcînd din alienare pregătirea pentru viață. O pregătire cu cinci grave deficiențe : este obligatorie ; este orientată către obținerea diplomelor și certificatelor ; are programe analitice restrictive ; grupează copiii după vîrstă ; cuprinde o structură ierarhică, copilul aflîndu-se pe treapta inferioară a piramidei. Școala încurajează puterea (nu autoritatea) și conformismul social ; constituie unul din principalele instrumente de menținere a *statu quo*-ului social, ajungînd astăzi ceea ce era biserica altădată. Într-o expunere la Conferința internațională „Tineretul și dezvoltarea" (Salzburg, mai 1970) Illich sublinia că două iluzii sînt întreținute în masele largi : prima, de către pedagogi, care confundă învățămîntul cu distribuirea rolurilor, cînd, de fapt, rolurile trebuie corelate cu anumite calități sau capacități (nu cu procesul prin care se presupune că ele pot fi însușite) ; cea de-a doua iluzie constă în convingerea că cea mai mare parte a cunoștințelor este rezultatul învățării în școală, în timp ce realitatea atestă contrariul — majoritatea oamenilor dobîndesc cele mai multe cunoștințe în practica muncii și a relațiilor sociale. Într-o sferă mai largă, exponentul nihilismului modern consideră indivizii, dintr-o societate alienantă, consumatori docili, incapabili de a reacționa, acceptînd „acordul disonant" dintre propria lor psihologie și realitatea socială. Iată de ce și bolile mintale se răspîndesc mereu mai rapid. Remediul ? Conștientizarea faptului că dincolo de un oarecare prag de „progres", viața devine imposibilă. Conștientizare căreia îi va urma, evident, revoluția și apoi, o societate fără școală. Numai cu acest preț „acordul disonant" va fi transformat în „acordul perfect" ce reconciliază omul cu viața.

Punctul de vedere asupra deșcolarizării (susținut și de J. Holt, P. Goodman ș.a.) are nenumărate slăbiciuni. În primul rînd pentru

că, așa cum scrie A. Petrovschi, „programul" lui Illich și al celorlalți contestatari aduce mai degrabă aminte de vechiul slogan „anarhia este mama ordinii". Opoziția dintre „educația indirectă" („a te instrui într-o cafenea") și „educația instituționalizată" este întemeiată pe ideea (eronată !) că odată cu perfecționarea și proliferarea mijloacelor de informare ne putem lipsi de o școlarizare sistematică. După ce citești lucrările criticilor ultraradicali, rămîi cu impresia că ei au adoptat dictonul comercial „clientul are întotdeauna dreptate", care, după o ușoară modificare, a devenit „tineretul are întotdeauna dreptate". Erijîndu-se în îndrumători și apărători ai tinerilor, ei încurajează o reacție generală de frondă : împotriva profesorilor, care dau prea multă importanță cuvîntului scris și normelor, a învățării ordonate, ce paralizează elanul creator, a examenelor, care umilesc etc. (233).

Există și o critică radicală, care avansează aprecieri mai apropiate de realitate. Astfel, se subliniază că, în țările dezvoltate, cu ierarhiile lor stricte, selecția impusă de filtrul școlar favorizează copiii din familiile înstărite, cultura școlară, structura examenelor fiind destinate să reproducă modelele cultivate de clasa dominantă. Cea mai importantă consecință : lupta de clasă tinde să se focalizeze și asupra sistemului școlar, în care mulți văd un instrument de nedreptate și alienare socială. Impunînd stereotipurile ce funcționează în colectivitate, școala produce fie resemnați — masele de oameni în întregime determinați din afară, de care vorbește Reisman —, fie, în cel mai bun caz, revoltații pe care experiența de clasă i-a dezgustat de „cultură". Deficiențele școlii nu sînt decît manifestarea bolii ce infestează ansamblul organismului social : este vorba de îndoiala și, adesea, de contestarea modelului de existență oferit de cei mai în vîrstă, de incapacitatea acestuia de a procura fericirea. Critica vieții duce la critica educației. Problemele încep să apară atunci cînd tineretul refuză să se lase socializat, potrivit normelor tradiționale, ceea ce se întîmplă mai ales în perioadele de evoluție accelerată. Educația întemeiată aproape exclusiv pe trecut, pe experiență, este mereu în întîrziere față de timpul în care are loc, iar cultura este constituită din amintiri, referințe și precedente. Într-o epocă de transformări rapide, divergența dintre cultură (cu excepția realizărilor de valoare perenă) și viața reală se intensifică. Nici un copil nu parcurge același drum de experiență precum părinții săi. Fiecare este constrîns să-și inventeze propria viață. În „transcienta" ce ne zdruncină, imobilitatea școlii o discreditează în fața tinerilor : într-o lume în schimbare ea rămîne o instituție care repetă. Transformarea metodelor pedagogice, cercetările în domeniul științelor, educației, inovațiile tehnice nu reprezintă remedii satisfăcătoare. Trebuie regîndită însăși instituția școlară în ansamblul ei. Și este sigur că în exteriorul școlii trebuie să căutăm ceea ce va salva școala (234).

Una din țintele criticii mai mult sau mai puțin radicale este raportul între școală și cultură. Există mai multe tipuri de culturi : 1) *cultura-amalgam* (amestec de elemente de proveniență diversă, caracterizată prin vîscozitate) ; 2) *cultura mobilă*, dezvoltată concomitent cu mijloacele de transport, reușind să creeze o limbă universală ; 3) *cultura sedentară* („uni-medium"), apanajul elitelor, care poate fi găsită și în sala de clasă ; 4) *cultura multi-media* afirmă, mai ales, modalitățile de comunicare nonlingvistice. Cu toate reformele aduse școlii, persistă sentimentul că ne găsim mai mult în fața unor răspunsuri „adaptative" decît a veritabilelor inițiative, așa încît ne întrebăm dacă învățămîntul nu e pe cale să treacă

în stare de mit, iar profesorul în păzitor al mitului. Impresie excesivă, fără îndoială, dar care incită la o punere a problemelor sub lupă. Sau : școala nu e cumva amenințată să se transforme în muzeu ? Întreg învățămîntul rămîne înscris pe linia platoniciană. Cunoștința este înălțată la rangul de bine suprem, sub autoritatea rațiunii a cărei logică îi asigură exercitarea. Or, noi am intrat în era creării de semne, de simboluri, în era „demiurgilor". Timpul este al „demiurgilor", care își trag puterea din alianța lor cu *mass media*. Pentru prima dată în istorie, realizăm contactul, nu atît cu obiectele sau lucrurile, ci cu imaginile lor. De unde importanța ambalajului, a publicității. Realitatea nu există decît în plan secund, în artificiu, în artefact. Demiurgia devine fabricarea universală de semne, iar televiziunea, cea mai puternică uzină. Micul ecran a ajuns mediatorul universal. El generează evenimentele, reorganizează timpul și spațiul. Profesorul nu va fi înlăturat de către „demiurgi" decît acceptînd să iasă din sfera îngustă a învățămîntului tradițional, din sala de clasă, pentru a vedea ceea ce se întîmplă în lume, deci acceptînd ca fapte culturale tot ceea ce vine în contact cu noi : ziarul, radioul, televiziunea, publicitatea, mijloacele de transport. Pentru că lumea este învăluită în permanență de o mediasferă constituită din mesaje iconice și lingvistice, rolul profesorului va fi să-i învețe pe copii lectura lor critică (232).

Depășind exagerările ce alunecă spre nihilism sau criticile în care fantezia complexează realitatea, cercetări științifice întreprinse în diferite țări adresează învățămîntului critici aspre, realiste. Concluzia ? Școala nu trebuie și nici nu poate fi desființată, ci regîndită ca o instituție integrată în ansamblul unei „societăți educative". Din acest punct de vedere, „Raportul Faure" este semnificativ, aprecierile sale păstrîndu-și actualitatea (235). Raportul pornește de la ideea de netăgăduit că, *în privința educației, toate statele sînt în curs de dezvoltare*. Învățămîntul mondial este în pragul crizei, iar acolo unde reformele și inovația se lasă prea mult așteptate, fenomenul crizei a apărut deja. Acest proces are un caracter istoric și rezultă din conjugarea concomitentă a mai multor factori : • afluxul progresiv de elevi care surprinde nepregătite și inflexibile sistemele tradiționale ; • penuria resurselor materiale repartizate învățămîntului ; • creșterea costurilor, educația devenind din ce în ce mai scumpă, pe măsură ce solicitările sînt mai pretențioase ; • inadaptarea, generată de educație, timpul pierdut de foștii elevi sau studenți pentru integrarea profesională și socială reducînd cu mult randamentul educației ; • inerția și ineficacitatea sistemelor de învățămînt, care fac cu greu față mobilității și ritmului alert al progresului economico-social. În „Raportul Faure" se arată că atît modelul academic (exagerat de teoretizant și memorizant, punînd pe prim plan expresia scrisă, repetitivă și convențională, în detrimentul expresiei orale, al spontaneității și căutării creatoare), cît și modelul centrat pe relația obiect-obiect (care acordă importanță disciplinelor destinate proiectării și construcției spațiului fizic al personalității, instruirii omului pentru condiția tehnică a muncii) sînt perimate, depășite, mai ales pentru că ignoră condiția interumană, socială a muncii, spațiul social al personalității, relația subiect-obiect.

Desigur, aceste situații, îngroșate de una din marile rușini ale omenirii — *analfabetismul* —, se reflectă profund în starea psihică a agenților învățămîntului (elevi, studenți și cadre didactice), în dinamica lor cognitivă și afectiv-evaluatoare, prin nemulțumiri, insatisfacții, anxietate,

exprimate în formele și nuanțele cele mai variate. Să examinăm starea cadrelor didactice din lumea nesocialistă. Deși funcția fundamentală a profesorului a rămas în mare măsură invariabilă în ultima sută de ani, rolul său se modifică, în funcție de cîteva caracteristici : • dezvoltarea societății ; • complexitatea interacțiunii și interdependenței sistemului de învățămînt cu toate celelalte sisteme din societate ; • rezistența instituțională a școlii la schimbare ; • creșterea șocului intercultural asupra școlii (236). *Aceste caracteristici impun sarcini suplimentare profesorului :* • diversificarea atribuțiilor pedagogice și participarea în mai mare măsură a cadrelor didactice la programarea conținutului învățămîntului și a instruirii ; • diminuarea funcției de transmitere a cunoștințelor în beneficiul organizării învățării elevilor, sursele de instruire noi oferite de societate urmînd a fi folosite la maximum ; • individualizarea învățării și modificarea structurii raporturilor profesor-elev ; • folosirea intensivă a tehnologiei educaționale moderne și, în acest scop, însușirea de către profesor a competențelor necesare ; • sporirea cooperării cu ceilalți profesori din școală și modificarea, pe această bază, a raporturilor dintre ei ; • colaborarea mai strînsă cu părinții elevilor și cu alți membri ai comunității sociale ; ■ participarea mai amplă, mai intensă, la viața comunității ; • implicarea profundă în diverse servicii școlare și în activitatea preșcolară ; • diminuarea autorității tradiționale, exercitate de profesor în fața copiilor și părinților (236). Toate acestea generează, la numeroase cadre didactice, reticențe și confuzii, le zdruncină încrederea, certitudinile. Nemulțumirea crește și datorită slabei retribuiri. Nu poate fi trecut cu vederea faptul că sarcinile produc dereglări, mai ales la acei profesori, din păcate deloc puțini, care conștientizează insuficient necesitatea generozității, a dăruirii și creației cerute de munca didactică, marele ei aport la viața socială (237).

În ultimii 10—15 ani, au luat amploare cercetările referitoare la anxietate și stres, trăite de un număr crescînd de profesori (238).

O anchetă internațională efectuată, în 1980, de Biroul Internațional al Muncii relevă că suprasolicitarea nervoasă este unul din principalele riscuri ale profesiei didactice, 25% din învățători și profesori fiind supuși unor puternice tensiuni care le minează sănătatea (239). Simptomele caracteristice constau în : oboseală, surmenaj, insomnii, tendință la izolare și solitudine, nervozitate, diminuarea inițiativei, scăderea performanțelor intelectuale. Simptome variate, rezultat al stresului prelungit (240), determinat în principal de : opoziția copiilor la procesul instructiv-educativ, exprimată frecvent prin „detașare", „liberalizare" sau chiar agresivitate, discrepanțe dintre nivelul pregătirii profesionale și responsabilitate (241), activitate subordonată unor structuri birocratice, unde majoritatea deciziilor sînt luate de administrație, în loc să fie elaborate de specialiști sau în strînsă cooperare cu ei (242). Urmarea ? Cei cinci piloni susținători optimali ai oricărei profesii : *securitatea, competența funcțională, competența de conducere/autoconducere, creativitatea, autonomia* (243) vor fi puternic zdruncinați.

Unul dintre cele mai prestigioase investigații referitoare la actualul statut și rol al profesorului în școală și societate a fost întreprinsă de A. Abraham (244). Influențată de E. Fromm, D. Riesman, K. Horney W. R. Bion, S. H. Foulkes, R. L. Laing — cu orientare psihanalitică bine cunoscută — autoarea consideră imposibilă înțelegerea lumii interioare (individuale și colective), a educatorilor, în absența analizei jocului ascuns, latent, al proceselor afective, traduse printr-un echilibru dinamic

de aşteptări, anxietăţi şi tensiuni. La baza acestei lumi interioare se află mecanismele de apărare structurate social, care asigură protecţia individului faţă de stres. Dintre concluziile cercetărilor lui A. Abraham prezentăm imaginea construită de profesori despre sine, în strînsă legătură cu ceilalţi (colegi, elevi, inspectori). Astfel, profesorii îşi atribuie trăsături considerate pozitive de către societate, descriindu-se la modul idealizat, potrivit normelor sociale despre profesorul bun. Este iluzia fiinţei perfecte, rezultată din identificarea sinelui real cu sinele ideal. Profesorul manifestă tendinţa de a se adapta exigenţelor emise de cei de care depinde exercitarea profesiei sale şi care îl plătesc („personalitatea comercială", de care vorbeşte Erich Fromm, chiar dacă aceste exigenţe contravin propriilor convingeri). *Atîta vreme cît nu aderă la norme, ci doar li se supune, profesorul va da dovadă de conformism, de cantonare în sinele idealizat*; prin aceasta el trăieşte un proces de alienare, care îl pune în umbră, îi reprimă sinele autentic, silindu-l să adopte o conduită de apărare. Tirania imaginii idealizate explică, în mare măsură, rigiditatea învăţămîntului, reacţia lui faţă de schimbare. Străin sieşi, profesorul nu mai are o reprezentare clară a obiectivelor umaniste care trebuie să-l călăuzească; spiritul său de iniţiativă, capacitatea de decizie se atrofiază. Slăbirea identităţii nu este însă singurul prejudiciu. Mai gravă ne pare frînarea forţelor psihice care permit construirea constantă a sinelui real. Alienarea înseamnă îndepărtarea individului de propria natură, incapacitatea de a realiza trăsăturile şi propriile posibilităţi potenţiale. Individul îşi devine străin, diminuîndu-i-se treptat capacitatea de simbolizare, de trăire reală, autentică. Contactul cu lumea se blochează, inclusiv posibilităţile de realizare a sinelui.

Elevii, în general, văd pe profesorii lor la modul realist, cu calităţi şi lipsuri, cu speranţă şi simpatie. Şi, totuşi... Pentru a-şi apăra imaginea idealizată despre sine de „ameninţarea" ce vine mai ales din partea elevilor, *profesorii apelează la o serie de „mecanisme"*: • *de la reacţia de refuz al criticii, pînă la afirmarea exagerată a autorităţii, anulînd rolul pozitiv al unor asemenea critici făcute de elevi*; • restrîngerea sau neacceptarea comunicării cu elevii pe care nu-i apreciază şi favorizarea legăturilor cu cei care îi facilitează imaginea idealizată; • depersonalizarea elevului, perceput ca un obiect „ce trebuie instruit", profesorul fiind convins că un copil nu înseamnă altceva decît o pastă de modelat; • izolarea, menită să micşoreze, pe cît posibil, la lecţii şi alte activităţi pe care le conduce, numărul observatorilor din afară (244).

Dacă nu pierdem din vedere faptul că profesorul este „variabila independentă din procesul de învăţămînt", valorificarea celorlalte variabile implicate de acest proces (ţeluri, structuri, organizare, conţinut, mijloace, metode) depinzînd de competenţa şi dăruirea lui, observăm că disfuncţionalităţile şi dereglările psihice ale elevilor sînt datorate, în bună măsură, personalităţii profesorilor şi deficienţelor din modul lor de a acţiona. O imensă literatură, de altfel, este consacrată acestei probleme, majoritatea lucrărilor centrîndu-se pe conceptele de „stres" şi „anxietate". Menţionăm ca revelatoare cercetările întreprinse de I. Sarason şi colab., adevărată muncă de pionierat în acest domeniu (245, 246).

Pentru „ieşirea din criză" a personalităţii profesorilor, s-au propus numeroase măsuri. UNESCO, bunăoară, a făcut recomandări precise privind îmbunătăţirea condiţiilor de selecţie, pregătire şi muncă ale cadrelor didactice (247). În vederea reducerii stresului devin necesare: • reorgani-

Scanned with OKEN Scanner

zarea conducerii propriei vieți și a stilurilor de control ce se exercită asupra muncii lor ; • schimbarea atitudinii profesorilor față de factorii stresanți din societate ; • perseverență în fortificarea fizică și psihică a profesorilor (248) ; • instaurarea unui climat deschis-autonom-controlat, în activitatea didactică, climat ce rezultă din definirea și formularea obiectivelor, convertirea acestora în acțiune, evaluarea pozitivă, intensificarea cooperării profesori-elevi și a stării de congruență (249). Într-o sferă mai largă, se consideră că soluționarea problemelor psihice ale profesorilor depinde în mod prioritar de calitatea muncii și vieții lor, care — potrivit definiției lui J. Walton —, înseamnă : • retribuire adecvată ; • regim stabil și condiții de muncă sănătoase ; oportunitate pentru folosirea și dezvoltarea capacității psihice, astfel încît profesorii să-și cîștige autonomia și perspectiva ; • integrare socială ; • participare la elaborarea deciziilor referitoare la școală ; • armonizarea muncii didactice cu cerințele spațiu-timp de viață și trebuința de timp liber ; • recunoașterea importanței economice, sociale și culturale a muncii profesorilor și, în general, a activității din învățămînt (250). În ultimă instanță, îmbunătățirea situației cadrelor didactice și a elevilor depinde de schimbările pe care trebuie să le străbată sistemele de învățămînt din întreaga lume, schimbări care, în aprecierea celei de-a 38-a Conferințe internaționale a educației (Geneva, 1981), se vor centra pe : • dezvoltarea ei endogenă, întemeiată pe patrimoniul național, rămînînd însă deschisă față de exterior ; • egalitatea accesului și a șanselor la educație pentru toți ; • generalizarea învățămîntului primar (apoi secundar), concomitent cu eliminarea analfabetismului ; • înlăturarea disparităților din punctul de vedere al șanselor și al calității educației, dintre zonele urbane și cele rurale ; • utilizarea maximă a resurselor pentru educație ; • optimizarea conținutului și a tehnologiilor de instruire ; • descentralizarea și adaptarea școlii la mediul local ; • orientarea planificării educației mai puțin în funcție de idei, cît de persoane, astfel încît acestea „să învețe a fi și a deveni" ; • intensificarea educației pentru pace și cooperare ; • expansiunea și sporirea eficienței cercetării pedagogice (251).

În țara noastră, studiul efectuat de către Ministerul Sănătății, în colaborare cu Ministerul Educației și Învățămîntului și Comitetul Central al U.T.C., institulat „Probleme principale privind starea de sănătate și asistența medicală a elevilor și studenților" (august 1975), semnala, pe prim plan, supraîncărcarea, cu perturbări în programul de odihnă al copiilor ; astfel, compararea volumului activității zilnice a elevilor din diferite clase și a timpului destinat somnului a arătat existența unor depășiri sensibile ale limitelor firești, cu 3—4 ore pe zi, pentru activitate, și o lipsă de 1—2 ore, pentru somn. Orarele nu sînt, totdeauna, corelate cu cerințele curbei de efort, volumul temelor pentru acasă este încă prea mare, iar unele activități extrașcolare exagerate ca durată. Din aceeași cercetare reiese că suprasolicitatea este accentuată și de activități suplimentare, impuse de părinți : muzică, coregrafie, limbi străine, meditații pentru admitere la liceu și facultate. Toate acestea favorizează apariția surmenajului, reacțiilor nevrotice, a dezadaptărilor școlare (253). Analiza acestor deficiențe a fost urmată de propunerea măsurilor corespunzătoare pentru eradicarea lor.

Una din problemele esențiale, după opinia specialiștilor O.M.S., este a ști în ce măsură un copil trebuie să se adapteze la școală și în ce măsură

Scanned with OKEN Scanner

școala trebuie să se adapteze la posibilitățile copilului. Părerea actuală pe plan mondial este că *s-a cerut prea mult copiilor să se adapteze și prea puțin școlii.*

În privința adaptării la viața școlară, se insistă asupra amplorii diferențiate a unui asemenea efort, care este în funcție directă cu deosebirile existente între mediul școlar și cel familial. Astfel, pentru familiile la care valorile culturale, limba, atitudinile și mediul sînt prea diferite (cei migrați recent în orașe, nomazii), stresul de adaptare la viața școlară va fi mult mai mare (247, 248, 249, 254).

Unele studii românești (253, 258) arată *rezultate superioare la învățătură* pentru copiii cu greutate la naștere mai mare de 2 500 g sau născuți la termen; de asemenea, se relevă o maturizare neuro-psihomotorie mai avansată în condițiile mediului favorabil și ale frecventării grădiniței de zi în perioada preșcolară; alte studii (258, 260) evidențiază dificultățile de adaptare a copiilor școlarizați la 6 ani, în primele luni ale clasei I — în proporție de 20—25% —, mai ales a celor proveniți din familii-problemă sau care au frecventat grădinițe săptămînale.

Dacă stresul școlarizării este prea puternic, pot apărea reacții psihice patologice, diferențiate în raport cu vîrsta: la început fobia școlară constituie o reacție de adaptare, care, după cîteva luni, se atenuează și dispare; în cazul stresului școlar prelungit, odată cu creșterea, apare antipatia față de școală, pornirea spre chiul și abandonarea studiului sau, în cazuri extreme, revolta, sinuciderea (229, 253).

După opinia specialiștilor O.M.S., reacțiile copiilor și adolescenților față de stresul exagerat al mediului (inclusiv cerințele școlare inadecvate) ar putea fi grupate în trei categorii:

— manifestări defensive, pasive, de diferite grade, caracterizate prin încercările de a se sustrage mediului prin diverse mijloace, mergînd de la abandonul studiilor pînă la refuzul societății și suicid;

— reacție agresivă, care înglobează delincvența juvenilă, violența în grup și — ca formă extremă — terorismul;

— reacții intermediare, precum instabilitatea școlară, abuzul de toxice (tutun, alcool).

În acest context, s-a subliniat importanța adaptării, a atitudinii de înțelegere, preferabilă blamării subiectului și interpretării reacțiilor sale ca tentative inadecvate de a face față eșecului, pentru că dezadaptații, se pare, au mai curînd nevoi psihologice speciale.

Studiul bulgar (252), efectuat asupra unui număr de 5 135 de școlari între 7 și 18 ani, semnalează o prevalență a nevrozelor de 14,8%. Alături de alți factori etiologici, cum ar fi relațiile familiale perturbate, pentru toate grupele de vîrstă, autorul subliniază importanța cerințelor excesive vizînd performnțele școlare și presiunile educaționale exagerate (din partea profesorilor) care devin factori declanșatori.

Altă problemă complexă a învățămîntului este reprezentată de gradul de diferențiere a acestuia în raport cu necesitățile dezvoltării sociale și posibilitățile biologice și psihice ale anumitor categorii de copii.

După unele studiii (261), se pare că această problemă capătă dimensiuni deosebite; astfel, în Statele Unite, pe baza analizei unui eșantion reprezentativ de școlari între 6 și 11 ani, privind raportul dintre gradul de adaptare, rezultatele la învățătură și starea de sănătate, s-a stabilit că sînt necesare, la peste 30% din copiii selectați, resurse educaționale speciale, în plus față de cele existente în clasele obișnuite; grupul principal,

Scanned with OKEN Scanner

13%, a fost reprezentat de copiii care învaţă lent *(slow-learners)*, urmat de cei cu probleme de limbaj (6%), supraînzestraţi *(gifted* — 5%) şi cu tulburări emoţionale (3%); 1% (sau mai puţin) au fost elevii care necesitau învăţămînt special pentru tulburări de vedere, hipoacuzie, înapoiere mintală, handicap ortopedic. La acea dată, existau condiţii necesare doar pentru cinci grupuri : hipoacuzici, ambliopi, copii lenţi, copii cu tulburări emoţionale şi copii supraînzestraţi. Copiii care au repetat una sau mai multe clase necesită, după părerea autorilor, facilităţi educaţionale, fiind mai puţin acceptaţi de către colegii lor şi prezentînd mai frecvent probleme de comportament.

Un alt studiu (168), efectuat asupra copiilor *„educaţional subnormali"* din Marea Britanie, semnalează că acest grup ar reprezenta 10—17% din populaţia şcolară ; grupul a fost împărţit în următoarele categorii, soluţiile fiind diferenţiate corespunzător :

— copiii cu debilitate mintală, cca 1—3% din populaţia urbană (după Tansley şi Gulliford) — numai o parte ar avea nevoie de şcoli diferenţiate ; procentul are însă un caracter estimativ grosolan, depăşirea lui depinzînd de cererea autorităţilor şcolare locale ;

— copiii cu condiţii socio-culturale foarte proaste, familii dezorganizate, atmosferă nefavorabilă — pentru Marea Britanie, 0,2% din populaţia urbană şi 0,4% din cea rurală — ar avea nevoie, în propriul lor interes, să fie educaţi în regim de internat încă din primele clase ;

— categoria cea mai numeroasă este aceea a copiilor cu un uşor handicap intelectual, intricat cu anumite deficienţe socio-cultural-educaţionale de natură familială ; acest grup include atît copiii cu intelect liminar, cît şi cei cu handicap subcultural moderat ; ei ar reprezenta cca 8% din totalul populaţiei şcolare şi necesitînd tratament educaţional diferenţiat (în şcoli obişnuite). În conformitate cu particularităţile populaţiei vizate, pot să existe variaţii substanţiale ale acestor proporţii, după cartiere sau regiuni. În acest grup se includ şi copiii cu absenţe numeroase de la şcoală din cauza bolilor somatice ; pentru ei se pot organiza clase speciale sau alte forme de învăţămînt.

Deşi ritmul mai lent de dezvoltare a unor copii reprezintă, conform unor studii longitudinale, unul din modelele naturale de dezvoltare psihică normală, s-a demonstrat că aceştia necesită o dirijare corespunzătoare, posibilităţilor lor, în caz contrar existînd un mare risc de constituire a tulburărilor de comportament (270).

Astfel, cînd orientarea educaţională se bazează pe competiţie şi se limitează numai la rezultate şcolare de înaltă calitate, la şcolarul lent şi la cel inadaptat apar reacţii ostile, dezamăgirea. Copiii lenţi resimt rareori mediul şcolar ca un cadru stimulant, care le aduce satisfacţie şi îşi construiesc cu uşurinţă o imagine de sine negativă, acceptînd rolul de om care pierde, incompetent şi chiar încăpăţînat. Această atitudine de resemnare constituie un obstacol serios în dezvoltarea intelectuală, obstacol care duce la o proporţie mare de abandonuri precoce ale studiilor, la o pierdere mare de resurse umane (253).

Cum reiese din succinta enumerare de mai sus, uriaşul volum de „nevoi" educaţionale speciale, aparţinînd în majoritate unor copii plasaţi undeva la marginea normalităţii, cu disfuncţii sau lacune limitate, suge-

Scanned with OKEN Scanner

rează că, alături de diversificarea instituțională, tot atît de importantă este și diversificarea oportunităților și serviciilor oferite în cadrul școlii obișnuite (153, 221).

Aceasta presupune o anumită flexibilitate din partea învățămîntului, cu introducerea *de facto* a învățămîntului special în cel general, mai ales dacă ne referm la programele limitate, de scurtă durată, țintite, desfășurate în cadrul școlilor obișnuite, sub conducerea unor profesori experimentați. Ele pot avea drept obiective fie completarea unor goluri în cunoștințele generale, în cunoștințele școlare, fie corectarea unor deficiențe specifice în învățare — cum ar fi disgrafia, discalculia, dislexia — și a altor aspecte ale învățămîntului academic (262).

Alternativele experimentate în diferite țări ale lumii (263, 264) iau în considerare programe individuale, tranzitorii sau durabile, efectuate, în cadrul clasei proprii, la un cabinet special sau într-o clasă specială din aceeași școală, frecventarea suplimentară a unui program la o școală specială, centru de recuperare al învățămîntului sau, medical, centru de zi. Toate au ca obiectiv menținerea copilului în ambianța sa obișnuită, alături de colegi, evitarea segregării și prevenirea eșecului școlar.

Ele presupun sensibile *dezvoltări ale conceptelor învățămîntului special,* între care sînt de menționat abordarea interdisciplinară, tehnicizarea, pedagogia specială, utilizarea părinților, specializarea corpului didactic, amenajări educaționale „ecologice", ambientale.

Pentru copiii ale căror resurse sînt atît de limitate încît ar avea dificultăți prea mari de a se menține în ambianța școlară obișnuită, a continuat dezvoltarea unui șir întreg de instituții „modelate" corespunzător. Astfel, au apărut școlile sau clasele speciale pentru copiii instabili, cu tulburări adaptative accentuate, autiști. Ele sînt plasate pe lîngă centrele de recuperare de zi, școli ajutătoare, școli obișnuite sau sînt independente, în raport cu numărul de copii încadrați. Majoritatea au program de zi, menținînd copilul pe cît posibil aproape de părinții săi.

În Marea Britanie au apărut în orașele mari școli diferențiate (269) pentru copiii cu tulburări emoționale, instabilitate, cu clase cuprinzînd între 5 și 15 copii, în funcție de severitatea dereglărilor. Ele au o programă analitică net diferită de cea obișnuită, incluzînd între altele programe de recuperare individuală, terapie ocupațională, mai mult timp pentru activități fizice și sport, profesionalizare etc.

Perspectiva interdisciplinară, solid sprijinită pe achizițiile științifice și realitatea clinică a ultimelor decenii, au adus „inabilitățile" academice sau emoțional-adaptative mai aproape de structurile fundamentale neuropsihologice și de personalitate ale subiectului, obligînd pedagogia să ia în considerație latura psihologie-psihiatrică și direcționarea recuperatorie.

Aceasta a dus la dezvoltarea învățămîntului „prescriptiv" (prescriptive teaching) (221, 263, 268), care, depășind faza formulărilor ceva mai divergente, inițial, a căpătat azi un conținut unitar, bine fundamentat. El cuprinde patru etape, și anume : evaluarea, formularea programului, aplicarea și aprecierea rezultatelor. La etapa de evaluare, participă și psihologul cu „armele sale", o largă baterie de teste și probe, învățătorul cu rapoartele specifice, părintele și, posibil, medicul.

Alături de testele psihologice, cognitive și de personalitate, cele privind cunoștințele școlare sînt de natură să permită atît circumscrierea exactă a defectualității sau disfuncției, cît și efectele sale asupra procesului aca-

Scanned with OKEN Scanner

demic. Se creează astfel o bază solidă pentru fazele ulterioare de formulare a programului, de aplicare și de monitorizare prin reevaluări periodice.

Un asemenea program asigură mersul în profunzime, pe verticală, la rădăcina „inabilității de învățare", accesul la disfuncțiile adiacente și subiacente reale, plasate undeva într-una din etapele evoluției dezvoltării psihomotricității, percepției, limbajului, structurilor operator logice. Pentru a nu se rătăci într-un labirit de disfuncții, testele și probele evaluative pot fi corelate sau integrate cu programe standardizate recuperatorii, care oferă pachete de instrucțiuni, sugerează și dimensionează „pașii". Este cazul numeroaselor programe ca Frestig, ADAPT, Distar, ITPA și altele.

Un alt aspect este dat de dezvoltarea *design*-ului ambiental-școlar, menit să minimalizeze impactul asupra procesului învățării al lipsei de selectivitate a atenției, tulburărilor perceptuale, dificultăților integrative, impulsivității unor copii, prin crearea de spații, cubicule, camere sau despărțituri izolate, fie „destimulante", sărace în stimuli — promovate de Cruikshank, (139), fie intens „stimulante", printr-o echipare bine gîndită (222).

Ele constituie numai o parte a eforturilor către o pedagogie specială, menită să răspundă dificultăților de apropiere a elevilor din această categorie față de idealurile vieții școlare, să optimizeze achiziția itemilor propuși spre învățare și să echilibreze o personalitate adesea descumpănită structural sau reactiv.

Conceptualizarea modelelor educaționale aplicate în domeniul învățămîntului special a identificat încă din 1964 (191) cel puțin șapte : 1) psihiatric-dinamic, 2) psihoeducațional, 3) psihologic-behovioral, 4) educațional, 5) naturalistic, 6) primitiv, 7) haotic.

În completarea și cîteodată în afara lor se semnalează numeroase perfecționări ale tehnicilor de modificarea comportamentului (191, 265, 267, 268), introducerea psihoterapiei individuale și de grup (terapia de joc, de grup, terapia realității, transzacțională), în anumite așezăminte cum ar fi cele pentru delincvenți, sfătuirea familiei, achiziții în domeniul pedagogiei speciale, cu tendința către elaborarea de sisteme „globale" (172, 257).

Ele merg în consonanță cu apropierea conceptelor psihologiei și psihopatologiei, de lumea școlii, prin intermediul psihologului școlar, al medicului neuropsihiatru, ca și al unor categorii de specialiști încă insuficient definiți cum ar fi specialistul în sănătate mintală. Inițiată de către întemeietorul psihiatriei preventive, G. Caplan (254), consultația de sănătate mintală efectuată chiar în școală are ca scop (I. Berkovitz, 1980) (266) : îmbunătățirea mediului psihologic școlar, perfecționări ambientale, planificarea și dezvoltarea unor programe educaționale recuperatorii, îmbunătățirea competenței personalului didactic, rezolvarea unor situații de criză, reorientarea terapeutică a unor cazuri. În acest context importanța psihologului școlar, cu multiplă pregătire, îndeosebi terapeutică, e indiscutabilă.

Se realizează o abordare mai comprehensivă, pluridisciplinară care nu anulează poziția nici unuia din specialiști, interesul nefiind în fapt „psihiatrizarea" școlii, ci o privire mai diferențiată, mai subtilă asupra mecanismelor individuale, menită să crească eficiența pedagogului, care

poate să sesizeze mai bine ceea ce este în „spatele cortinei", în zona motivațională sau instrumentală, fără a pierde din vedere linia fundamentală a presiunilor formative.

Este evident că *formarea de bază a pedagogului va trebui să asigure dezvoltarea competenței sale și în domeniul pedagogiei speciale,* întrucît conceptul nevoilor educaționale speciale pune accent pe abilitatea profesorului de a recunoaște caracteristicile fiecărui copil, de a sesiza nevoile speciale acolo unde apar și de a răspunde adecvat la acestea (265).

Specializarea, cu apariția unor profesori defectologi chiar la nivelul școlii generale, care să-și consacre o parte din timp programelor de educație specială, pare să fie o soluție de aplicat, strategiile de adoptat în acest domeniu rămînînd încă în faza de cristalizare.

În privința învățămîntului nostru, trebuie subliniat importantul progres realizat în ultimele decenii pe calea diversificării și diferențierii sale, prin dezvoltarea claselor și școlilor speciale pentru copiii cu anumite aptitudini, cum ar fi muzica, artele plastice, coregrafia, sportul, matematicile, fizica, chimia etc. În același timp se înregistrează o rămînere în urmă în ceea ce privește atitudinea față de copiii handicapați ; deși a fost creată și dezvoltată rețeaua școlilor ajutătoare pentru debilii mintali, situația celor cu handicap socio-cultural, a celor cu disabilități specifice, cu instabilitate sau cu tulburări emoționale accentuate este departe de a fi rezolvată.

Crearea claselor diferențiate, destinate copiilor cu intelect de limită, ar putea să dea roadele așteptate, prin introducerea învățămîntului prescriptiv, care să asigure o recuperare individualizată și într-un ritm satisfăcător. Se observă pregătirea încă insuficientă a învățătorilor în recunoașterea și tratarea dislexiilor și disgrafiilor, tulburărilor grafomotorii sau de limbaj, conduita lor față de acești copii nepărînd a fi dictată întotdeauna de cerințele pedagogiei speciale.

Lipsesc testele cognitive, ca și cele de cunoștințe școlare validate pentru populația românească, de asemenea programele moderne standardizate de recuperare. Nerecunoașterea defectelor sau disfuncțiilor respective, cu rădăcina lor „neuropsihologică", și aplicarea unor metode educative dure, centrate asupra stimulării „voinței" copiilor respectivi duce adesea la instalarea unor tulburări nevrotice sau de comportament.

În legătură cu problema abordată, deși s-au propus o serie de măsuri de perfecționare, se pare că ele vizează în mică măsură aceste carențe (271, 272), fapt care impune o mai largă colaborare între sectoarele sanitar și de învățămînt.

Un aspect deosebit de delicat este timpul prelungit de școlarizare pentru anumite categorii de adolescenți. Fără îndoială, exigențele societății moderne impun creșterea duratei școlarizării, dar prin aceasta situația tinerilor din grupa celor cu intelect liminar devine din ce în ce mai fragilă. Datorită dificultăților intelectuale — după majoritatea autorilor (261, 265, 271), manifestate încă din clasa a V-a —, ei se află într-o situație de dezavantaj, cu risc de repetenție și pedepse continue din partea familiei, educatorilor și a colectivului de copii. În condițiile solicitărilor excesive din partea pedagogilor, eșecul școlar duce, adesea, la constituirea secundară a unor tulburări de comportament cu aspect cel puțin parțial reactiv (274) ; în prezent, ei nu se pot încadra în cîmpul muncii, întrucît legislația nu o permite, iar obligativitatea învățămîntului aduce sancțiuni

sociale și materiale (275); aceasta apare ca o limitare a căilor de adaptare socială, care devine posibilă în practică numai prin prelungirea școlarizării (261, 276, 277).

Eșecul școlar repetat creează, adesea, o adevărată aversiune față de mediul școlar; observațiile clinice (250, 276, 278) asupra refuzului școlar la adolescent sugerează existența unei rezistențe deosebite față de alternativa reîntoarcerii în mediul școlar, munca oferindu-i — din contră — posibilități de afirmare cu șanse mari chiar și pentru continuarea ulterioară a studiilor.

O altă problemă complexă este cea a *orientării școlare și profesionale*: prejudecățile părinților, induse de obicei și copiilor în legătură cu anumite profesii, viciază de multe ori conduita acestora, conducînd la numeroase și repetate eșecuri (examene de admitere ratate an de an, restanțe, abandon, instabilitate profesională, diverse tulburări psihice). Dificultățile realizării unei orientări profesionale corecte, în condițiile complexe ale societății moderne, reies și dintr-un studiu efectuat de autorii ieșeni (279), care semnalează necorcordanța vocațională la 16,6% dintre elevii și la 44% dintre studenții cu eșec școlar. Marginalii vocaționali obțin rezultate școlare mediocre, iar indiferenții ori cei cu aversiune pentru școală sau profesie întîmpină dificultăți serioase, soldate cu instalarea unor tulburări psihice de tip psihogen.

Orientarea școlară și profesională, efectuată de specialiști cu metode științifice, poate constitui o măsură importantă de profilaxie a bolilor psihice, în măsura în care permite eliminarea incompatibilităților psiho-fiziologice cu anumite activități și asigură un raport adecvat între sarcinile și posibilitățile subiecților de a le îndeplini în limitele capacităților și aptitudinilor lor. Un rol important îl joacă reorientarea rapidă, atunci cînd manifestările de dezadaptare indică dificultăți majore de integrare în muncă. Orientarea școlară și profesională trebuie realizată în echipe complexe formate din: profesori, maiștri de activități practice, psihologi școlari, medici școlari și pediatri, medici pedopsihiatri.

Ținînd seama de experiența încă modestă a țării noastre, considerăm ca foarte pozitivă activitatea Centrului de orientare școlară din București, strategia examinării — pentru început — a acelor categorii de populație școlară care prezintă tulburări psihice, neurologice și fizice și, prin aceasta, un anumit grad de disabilitate în perioada terminării unui ciclu de școlarizare; privită dintr-un punct de vedere mai general, această experiență trebuie aplicată și în alte centre din țară, chiar și pentru adulți, pentru a permite reorientarea în cazul dificultăților de integrare profesională; trebuie realizat un cadru juridic, informarea publicului și formarea specialiștilor respectivi.

Viața universitară, cu particularitățile sale, solicită capacitățile de adaptare și poate constitui un potențial patogen destul de complex, mai ales pentru anumite personalități fragile, cu posibilități scăzute de integrare. În etiopatogenia acestora sînt incriminate dificultăți mai complexe, legate parțial de particularități individuale și de vîrstă ca, de pildă, trecerea printr-o perioadă specifică de debut al unor boli psihice, insuficienta maturizare a personalității (datorită nedepășirii depline a adolescenței și neatingerii complexe a maturității), precum și de factori ce țin de structurarea actuală a vieții universitare, cum sînt caracterul pasiv și repro-

Scanned with OKEN Scanner

ductiv al învățămîntului tradițional, distanța mare între educatori și studenți, schimbarea de mediu cu desprinderea de familie, menținerea dependenței financiare prin prelungirea școlarității (280).

Toate acestea pot determina adesea „reacții anormale față de examene și inhibiții condiționate emoțional față de muncă și studiu" *(Konfliktreaktion auf Studium und Prüfung)*, dificil însă de apreciat ca frecvență.

În etiopatogenia tulburărilor psihice la studenți sînt incriminate : greșelile în orientarea academică, stresul informațional, dificultățile de studiu — asociate cu utilizarea unor tehnici inadecvate de învățare, cu un ritm de lucru mai lent sau cu capacități mai scăzute de muncă intelectuală etc. —, precum și utilizarea unor metode de predare preponderent expozitive, cu caracter mai curînd informativ decît formativ (281, 282).

În aceste condiții, învățămîntul nu contribuie în suficientă măsură la dezvoltarea gîndirii independente și creatoare a studenților — atribut specific personalității multilateral dezvoltate, implicată profund în realizarea revoluției tehnico-științifice. Fără asemenea trăsături, omul nu se poate dezvolta plenar, nu poate dobîndi sentimentul de satisfacție și împlinire, ce caracterizează starea de sănătate mintală.

UNESCO apreciază că 10% din populația studențească a globului are nevoie de asistență psihiatrică și psihologică (285).

Pentru principalii factori de risc, tipurile de boli psihice și frecvența lor — după cum rezultă din cercetările din diverse regiuni ale lumii — nu există diferențe sensibile de la o țară la alta. *Frecvența cea mai mare o au stările nevrotice „minore" și, în special, sindroamele astenice de suprasolicitare cu evoluție rapidă spre vindecare,* cu condiția înlăturării cauzelor (248, 249, 250, 275, 276, 277, 278, 283, 284, 285, 287).

Considerînd că populația studențească reprezintă o categorie specială cu risc crescut de decompensări psihice, în multe state, în centrele universitare, s-au înființat servicii de igienă mintală și servicii psihologice speciale de sfătuire și îndrumare în fața dificultăților *(psychologische Studienberatungsstellen)* care, bine organizate, pot să ducă la o scădere importantă a tulburărilor de adaptare, a eșecurilor și nevrozelor. Printre măsurile cu scop profilactic și curativ în curs de realizare în țara noastră (București, Cluj, Iași), ca și în alte orașe universitare, se numără înființarea laboratoarelor de sănătate mintală pentru studenți, cuprinzînd cabinete de psihiatrie, psihologie și sociologie, psihoterapie etc., cu sarcini complexe de asistență medico-psiho-socială, cercetare, psihoigienă și psihoprofilaxie. Obiective : prevenirea eșecului adaptativ prin aplicarea unor măsuri de igienă a muncii intelectuale ; optimizarea procesului de învățămînt în general ; prevenirea sau remedierea deficiențelor în orientarea academică și profesională ; folosirea rațională a timpului liber prin repaus activ în cadrul naturii ; sport recreativ ; activități preferențial cultural-educative, cu efect relaxant etc. În centrele universitare mai mici, asemenea sarcini pot fi preluate de către laboratoarele de sănătate mintală din dispensarele policlinici județene sau municipale.

Eforturile în aceste direcții pot micșora efectele patogenice, maladaptative ale suprasolicitării, „oboseala, astenia, apatia, depresia, anxietatea, izolarea, cu toate consecințele lor negative asupra sănătății psihice de mai tîrziu și pregătirii profesionale" (282, 288, 289, 290).

Scanned with OKEN Scanner

Un studiu recent, efectuat de către Institutul de neurologie și psihiatrie asupra a 200 de studenți cu neurastenie, a definit următorii factori de risc legați de viața universitară : • orientarea profesională greșită ; • eșecul instructiv ; • ambiția excesivă ; • conflictele cu colegii și profesorii. Majoritatea era formată din personalități traumatizate încă din copilărie : crescuți de părinți prea slabi sau prea severi, avînd probleme ale adaptării vieții afective și sexuale (282).

Mecanizarea, automatizarea, industrializarea, poluarea, urbanizarea, migrația internă și sănătatea mintală.

Printre factorii ecologici cu multiple implicații asupra vieții sociale, care stau la baza dezvoltării societății moderne, se numără industrializarea și automatizarea, urbanizarea, cu migrația internă sat/oraș, competitivitatea, creșterea exigențelor, accelerarea ritmului existenței umane datorită revoluției tehnico-științifice cu explozia ei informațională, poluarea fizică, chimică, psihică etc. În ultimele decenii, s-a demonstrat că acești factori, stimulativi pentru psihicul uman, pot avea, în același timp, un potențial patogen cu rol determinant sau favorizant în apariția și dezvoltarea unor afecțiuni psihice (161).

Printre factorii ecologici perturbatori, unii autori au introdus și familia, școala, mediul de proveniență, timpul liber, rolul nefast al unor mijloace de informare (293).

După opinia specialiștilor O.M.S. (126), trebuie analizate două fenomene cu caracter de nucleu în problema raporturilor dintre factorii psiho-sociali și sănătate : *dezrădăcinarea*, pe de o parte, și *calitatea familiei*, pe de alta.

Dezrădăcinarea se regăsește în majoritatea situațiilor psiho-sociale cu risc patogen ridicat pentru sănătate, în general, și pentru sănătatea mintală, în special, cum ar fi migrația, urbanizarea, refacerile și schimbările sociale rapide (126).

Studiile epidemiologice efectuate în ultimele decenii asupra diferitelor colectivități umane, au confirmat observațiile lui Simmel, care încă din anul 1903 a evidențiat o creștere substanțială a patologiei psihice în orașe, proporțională cu amploarea și dimensiunile aglomerării urbane.

Demn de menționat este studiul citat de Cooper (294), ale cărui rezultate le consemnăm în tabelul II.

Tabelul II

Morbiditatea prin boli psihice în mediul urban și rural (după Cooper)

Tipul tulburării	Tipul de comunitate		
	Urban	Semirural	Rural
Psihoze	2,2 %	2,1 %	2,3 %
Nevroze	51,5 %	38,2 %	36,7 %
Nr. subiecților observați	225 185	81 905	75 739

Scanned with OKEN Scanner

Aceste date confirmă supoziția a numeroși autori (295, 296), după care urbanizarea influențează în mod diferențiat morbiditatea, în special pe cea dominant exogenă, reactivă, în timp ce psihozele dominant endogene sau determinate de factori genetici, în principal, par să rămînă neinfluențate.

Studiul-pilot internațional asupra schizofreniei (297) a arătat că proporția pacienților la care boala devine cronică și generatoare de incapacitate este mai mare în țările dezvoltate, în comparație cu țările în curs de dezvoltare, unde se constată o rată superioară de recuperare, fără handicap social. Această discrepanță este explicată prin dificultățile pe care le întîmpină bolnavii la reinserția socială, în condițiile societăților dezvoltate, caracterizate printr-o complexitate mai mare a vieții sociale, în special în mediul urban, legată de toleranța scăzută a familiei, stigmatizarea prin boală, greutățile întîmpinate în reprofesionalizare și valorizare socială. În aceste cazuri, se produce adesea *„sindromul de involuție socială"*, caracterizat prin degradarea deprinderilor sociale, a aspirațiilor, a aptitudinii de a comunica, blocînd inserția socială — și așa, greu de realizat —, în raport cu exigențele vieții moderne și, ducînd, implicit, la creșterea riscului de incapacitate (126).

De asemenea, H. Freeman a arătat că tulburările de conduită și emoționale sînt de două ori mai frecvente la populația capitalei (Londra) decît la țară (301).

Alte cercetări confirmă o rată crescută de sinucideri în regiunile caracterizate prin aglomerare umană, mobilitate exagerată a populației și o proporție mare de persoane care trăiesc izolat (299, 300).

Experții O.M.S. consideră că dependența de alcool, medicamente psihotrope, droguri și nicotină poate fi considerată un tip de reacție față de presiunile socio-culturale, prin care subiectul încearcă, de exemplu, să accepte sau să facă față responsabilităților crescute sau să estompeze temporar suferința mintală și fizică (126).

Intensitatea presiunilor sociale tinde să capete o amploare proporțională cu rapiditatea și volumul modificărilor socio-economice respective (126).

Particularitățile vieții în aglomerări umane mari pot duce la o insuficiență în structurarea spontană a grupurilor sociale și în interacțiunea lor, echivalînd cu un anumit grad de dezorganizare socială, cu multiple consecințe asupra stabilității și modelării familiei, asupra stilului de creștere a copiilor ; aceste condiții favorizează izolarea, depresiunea și generează o serie de trăiri de frustrație afectivă (302, 303), ceea ce reduce factorii de protecție socială împotriva stresului existențial (296).

Categoriile cele mai vulnerabile sînt copiii, adolescenții și bătrînii. Copiii și adolescenții — mai ales în condițiile dezorganizării familiale, supraocupării părinților și absenței lor prelungite de acasă (262, 263, 264, 304) — suferă carențe afective importante. Trăirile de frustrație afectivă, nevoile de contacte sociale și de valorizare, adesea nesatisfăcute în mediul școlar sau profesional, îi vor face disponibili influențelor străzii.

Handicapul psihosocial apărut la anumite categorii de copii este mai accentuat în condițiile marilor aglomerări urbane ; de asemenea, tulburările psihice, delincvența și întîrzierea școlară au o frecvență sporită în orașele mari (126).

În legătură cu acest aspect, H. Flavigny (303), pornind de la realitatea societății franceze din marile orașe de la mijlocul deceniului al 7-lea,

Scanned with OKEN Scanner

a diferenţiat adolescenţii în trei grupe, în raport cu permeabilitatea lor faţă de influenţele nocive, sociopatice şi particularităţile legăturilor sociale :

— subiecţii asociali sau antisociali reprezintă 5—10% din totalul populaţiei adolescente (termenul de asocial marchează o anumită separare de lumea adulţilor, în funcţie de precocitatea şi gravitatea separării şi frustraţiei afective) ; ei trăiesc intens nevoia de valorizare şi au adesea tendinţa de agregare în grupuri antisociale, delincvente sau predelincvente ; acest fenomen e întîlnit de obicei în cazul copiilor proveniţi din familiile dezorganizate sau veniţi în marile oraşe în timpul crizei pubertare sau în cursul migraţiei sat/oraş, desprinşi de familie şi de adulţi ; adolescenţii simt nevoia evaziunii, ignoră realitatea imediată, se refugiază în vagabondaj, alcoolism sau alte toxicomanii, fiind fascinaţi de jocurile automate şi de sălile de cinematograf ;

— subiecţi izolaţi — (15—20% dintre adolescenţii de la oraş) sînt destul de labili în legăturile lor ;

— subiecţi neorganizaţi, reprezentînd un grup relativ important, format îndeosebi din tineri muncitori, care nu ştiu să-şi petreacă timpul liber şi sînt uşor organizabili.

Deşi aceste aspecte par strict localizate la oraşele capitaliste, trebuie să ţinem seama că la Seminarul UNESCO (229) raportorii polonezi au atras atenţia asupra existenţei unor fenomene asemănătoare în ţara lor.

Cu toate că există mari diferenţe între tineretul francez şi cel din ţara noastră — încadrat, în majoritate, în organizaţii de tineret — nu poate fi neglijată categoria tinerilor fără ocupaţie, care prezintă risc de dezadaptare socială. Este utilă perfecţionarea acţiunilor de depistare activă şi îndrumare, mijloc profilactic eficient, ca şi continuitatea în exercitarea controlului social preventiv din partea comunităţii. Mai mult decît atît, se impune găsirea şi altor forme de atragere a acestor tineri la viaţa organizată sau semiorganizată de grup, prin sporirea şi diversificarea activităţilor cu caracter atractiv, dar cu substrat educaţional şi sub control social.

Un grup deosebit de *vulnerabil este acela al elevilor şi tinerilor muncitori desprinşi din mediul familial de la ţară*, care, venind la oraş, se trezesc într-un mediu nou, adesea neprielnic, fără legăturile afective firesti şi de control ale comunităţii originare. Pentru această categorie poate fi îmbunătăţită organizarea vieţii sociale în cămine muncitoreşti, cluburi, cercuri de studiu, comitete de cămin, prin manifestări culturale etc. ; distracţia în comun favorizează fixarea afectivă şi echilibrul psihic, micşorează riscul dezadaptării.

Delincvenţa

Un aspect aparte îl reprezintă delincvenţa. Cu determinism multiplu şi cu unele verigi sociale, *delincvenţa juvenilă* a înregistrat în multe ţări o creştere marcată după al doilea război mondial (305, 306). Termenul cuprinde o sferă largă de acte interzise, comise de către tineri între 16 şi 25 de ani. De circa patru decenii, de cînd se studiază mai intens fundamentul social al delincvenţei, au fost considerate responsabile — însă nu în mod invariabil — *sărăcia, dezorganizarea familială, educaţia nesatisfăcătoare, aglomerările urbane*, factori care condiţionează o rată înaltă de delincvenţă, tulburări mintale, suicid şi tentative de suicid (306, 307).

Scanned with OKEN Scanner

În ultimul timp, se remarcă o creștere a actelor delictuale în țările capitaliste, îndeosebi în rîndul adolescenților din categoriile mai avantajate ale societății, ceea ce sugerează că anumite îmbunătățiri ale condițiilor de viață nu duc, automat, la reducerea riscului de delincvență.

Unii autori au încercat să definească mecanismul patogen al delincvenței, considerînd-o un răspuns esențial normal față de un mediu rău sau stresant; trebuie subliniat că, în etiologia sa, se adaugă neîndoielnic și factorii individuali, cum sînt particularitățile caracteriale, temperamentale, defectele fizice minore etc. Decisivă pare să fie atmosfera de familie, armonia internă, interesul părinților față de proprii copii și metodele lor educative; supravegherea, consistența educației conduc la supunere față de lege (308).

Între delincvență și problemele de adaptare există o importantă corelație. Unele studii (309, 310, 311, 312, 313) conturează o legătură strînsă între experiența școlară timpurie și adaptarea socială ulterioară; băieții, care în clasa a VI-a erau considerați „motivați pozitiv" de către colegii lor, trei ani mai tîrziu au avut o rată scăzută a delincvenței. Pentru cei cu un înalt nivel al delincvenței, școala a fost un dezastru încă din clasa a VI-a, iar după trei ani continuau actele delictuale și erau nefericiți, trăind un sentiment de opresiune — motivație a lipsei de interes față de studiu (314).

În adoptarea unor măsuri preventive, ce decurg din sistemele etiologice enunțate, trebuie luat în considerație faptul că *delincvența nu are o cauzalitate unică, ci multiplă* (309, 310, 311). Și pentru că, în cadrul măsurilor de combatere și profilaxie, un pas înainte îl constituie diminuarea numărului de situații oportune comiterii unor acte delictuale, este foarte important să se atingă o rată mare de depistare a acestora. După părerea experților O.M.S. (1971), sînt importante serviciile sociale de orice tip, menite să corecteze handicapul personal. În pofida valorii — relativ dovedite — a programelor de prevenire a delincvenței (314), apare hotărîtoare în primul rînd *intervenția școlii în depistarea tulburărilor de comportament în faza inițială*. Astfel, considerăm că atingerea acestor obiective, de care depinde profilaxia unor acte infracționale, este evident mai eficientă decît severitatea pedepsei. În reducerea delincvenței juvenile, s-a insistat asupra integrării socio-familiale a tinerilor delincvenți, subliniindu-se, totodată, marile dificultăți și tendința la rejecție din partea ambianței.

Unii participanți la Simpozionul de la Bratislava (1973), consacrat delincvenței juvenile, au apreciat că *„sistemele actuale de educație nu insistă suficient asupra problemelor vieții în afara școlii sau asupra valorilor sociale importante"*. A-i învăța pe tineri să utilizeze timpul liber este, de asemenea, foarte important, întrucît *„plictiseala asociată lipsei de aptitudini și de interes"* ar fi una din cauzele principale ale delincvenței (312, 315, 316).

Experții O.M.S. au sugerat, în 1974, că pentru reducerea riscului de delincvență sau al altor tulburări socio-psihiatrice, se impune *compensarea supravegherii deficitare din partea familiei, prin organizarea unui control eficient, bazat pe grupuri extrafamiliale, cum ar fi școlile, centrele comunitare, grupurile recreative, organizațiile de tineret*. Ca urmare, în anii 1975 (317) și 1976 (318), au avut loc două consfătuiri ale experților O.M.S., menite să motiveze teoretic și să stabilească formele de dezvol-

tare a serviciilor de sfătuire și influențare a tinerilor, accentuîndu-se importanța unor programe cu caracter social, recreativ, medical și educativ (318).

S-a observat că eficiența programului de reabilitare a tinerilor delincvenți depinde de gradul lui de structurare (319), de realizare, în cadrul unor limite precise, fizice — clădire, spații — a unui mod de viață ordonat, predictibil. Pentru întărirea acestui punct de vedere, se subliniază, de exemplu, eșecul încadrării formale a foștilor delincvenți în întreprinderi fără limitări precise și instituirea unui sistem slab de control social sau eșecul instituționalizării obișnuite pentru delincvența juvenilă. În S.U.A., se citează 65—70% cazuri de recidivism și uneori chiar 80% după internarea în școlile de corecție (320, 321, 322). Asemenea constatări au determinat creșterea importanței acordate conceptelor psihiatrice atît în formularea expertizei, în clasificarea operațional-terapeutică, cît și în modelarea unităților recuperatorii.

În clasificarea operațională, după Zinn (1980) (320), delincvenții juvenili sînt împărțiți în următoarele tipuri : • nevrotic, cu tulburări de caracter, • reactive sau constituționale, • cele aparținînd spectrului schizofren. Pentru fiecare grup au apărut corespondențe terapeutice diferențiate în care, alături de educația cu valențe recuperatorii și profesionalizare, intră psihoterapia (323), tehnicile de modificare a comportamentului și experiențele modelatoare de dezvoltare a legăturilor cu comunitatea, îndeosebi cu adulții. O formulă instituțională de perspectivă este internatul medico-pedagogic. După Zinn (1980), pentru micul grup al delincvenților cronici ar fi utile școlile de corecție ; ceilalți ar trebui să beneficieze, alături de limitările sus-menționate, și de un anumit acces la viața de familie, cluburi, activități de grup, recreative. Scopul ? Obținerea unei foarte bune competențe sociale, depășind pragul dintre generații, o cunoaștere superioară, asimilarea valorilor lumii adulte.

În *tratamentul delincvenței la adulți, se profilează conceptul de menținere în libertate supravegheată*, de probă *(probation)*, și acela de detenție pe termen scurt (319, 324) ; această măsură ar fi mai puțin distructivă pentru viața individuală și ar comporta mai puțin risc de identificare cu subcultura de închisoare (325). Unele încercări de psihoterapie de grup la adulți, într-o serie de închisori, de exemplu programul lui Maxwell Jones în Marea Britanie sau cel din închisorile din Danemarca, se pare că nu au reușit să realizeze un tratament efectiv, în sensul corectării tendințelor delictuale, rata recidivelor fiind tot de 50%, ca și în închisorile cu tip vechi de program. Grant și Grant (326) au reușit, totuși, să pună la punct un program de tratament al delincvenței juvenile, realizînd o anumită individualizare în raport cu tipologia ei, fapt ce a dus la creșterea procentului de reabilitare.

Demnă de subliniat (327) este concepția românească în educația tineretului :

— educația prin muncă și caracterul aplicativ al învățămîntului ;

— introducerea timpurie a tineretului în viața socială cu explicitarea obiectivelor construcției sociale ;

— rolul important al organizațiilor obștești în folosirea judicioasă a timpului liber ; aici, se pune însă problema atractivității, a diversificării acțiunilor și păstrarea unei anumite prudențe în formularea obiectivelor educative ; ele suplinesc, în bună măsură, insuficiența timpului acordat de familie educației copiilor ;

Scanned with OKEN Scanner

— prevenția activă a delincvenței, conduită recomandată și de către O.M.S., prin obligativitatea încadrării în muncă ;

— dezvoltarea generală, armonioasă, a societății noastre prin tendințele de ștergere a diferențelor socio-economice și culturale.

Un alt proces legat de urbanizare, migrația, antrenează o mare solicitare adaptativă din partea individului, pe numeroase planuri — economic, locativ, educativ, ecologic — ducînd, adesea, la creșterea riscului de îmbolnăviri mintale ; frecvent, se naște un conflict interior, de intensitate patogenă, legat de discrepanța dintre valorile, concepțiile și atitudinile celor două medii de care a fost influențat individul (328, 329).

Din *studiile asupra populațiilor imigrante* în marile orașe industriale sau în țările industrializate, s-a constatat că rata îmbolnăvirilor mintale este mult mai mare în raport cu media în populația celei de a doua generații de imigranți, acolo unde ciocnirea între valorile etice, sociale, comportamentale ale locului și cele familiale, aduse, transmise, prinde relief (330, 331). Se pare că prima generație de muncitori adulți suportă mai ușor efortul adaptativ, datorită gratificațiilor așteptate. Chiar dacă într-o depistare pasivă nu se sesizează acest fenomen, dezintegrarea se va constata totuși prin numărul sporit al cazurilor de dezadaptare, fără aspect strict psihiatric (absenteism, delincvență, criminalitate, suicid).

La o anchetă a lui S. Taylor, privind tulburările nevrotice din cartierele muncitorești ale marilor orașe industriale americane, s-a constatat o proporție de 223‰, față de numai 126‰, pentru orașele engleze, unde mobilitatea populației este mult mai mică (1961). De asemenea, la studenții proveniți din regiuni mai îndepărtate sau din mediul rural, se constată o rată superioară a tulburărilor psihice în comparație cu cei din regiunea periurbană (Plunkett și Gordon).

În procesul de transformare socială, solicitarea pentru schimbarea rolului, în raport cu noile valori și statute impuse de societate, poate să creeze presiuni importante, cu potențial patogen. Complexitatea motivațiilor sociale, implicate în patogenia nevrozelor într-un sat maghiar, în perioada urbanizării (1961—1971), a evidențiat unele aspecte de acest fel (332) ; au fost găsite următoarele situații conflictuale : aprecierea individului, în raport cu calitățile sale, s-a redus ; la fel și valoarea socială a muncii sale, care nu a fost, în general, recunoscută ; părăsirea satului, al cărei motiv nu era sărăcia sau șomajul, ci sentimentele declanșate de înlocuirea proprietății private cu cea colectivă și de importantele diferențe ale standardului de viață dintre sat și oraș. Disoluția unității socioculturale mai strînse a satului, afluxul masiv de informații duc la scăderea responsabilității mutuale și la apariția semnelor de izolare psihică ; oamenii bătrîni au devenit singuratici, și-au pierdut rolul lor tradițional ; în raport cu interesele culturale și personale, numeroasele posibilități de distracție nu sînt utilizate, în schimb, au crescut lenea goală (fără sens) și alcoolismul.

Consecințele încărcării informaționale în condițiile urbanizării au fost confirmate și de cercetările lui S. Milgram și Z. Nipowski (333, 334).

După datele obținute prin studiile inițiate de O.M.S. (149), s-au observat *efecte nefavorabile în situațiile de schimbare rapidă a societății, care distrug sprijinul și protecția conferită indivizilor de cultura și valorile tradiționale.* Aceste efecte se repercută nu numai asupra echilibrului mintal și emoțional al individului, ci și asupra bolilor psihosomatice, frec-

venţei cancerului şi a accidentelor (335). Astfel, un studiu efectuat în Africa a arătat că fidelitatea faţă de anumite credinţe şi valori tradiţionale, existenţa în cadrul unei familii unite şi mai largi, din mediul rural, duc la scăderea riscului de hipertensiune arterială şi boli cardiovasculare, în timp ce indivizii care pierd aceste credinţe şi obiceiuri, după mutarea şi fixarea în mediul urban, prezintă o creştere masivă a riscului pentru asemenea afecţiuni.

Se recunoaşte existenţa unei strînse legături între sănătate şi starea socială de bine, care depind, la rîndul lor, de mediul material şi social imediat, inclusiv de mediul familial. Un raport al specialiştilor O.M.S. (335) scoate în relief *relaţia dintre starea de sănătate mintală şi salubritatea locuinţelor, a localităţilor, mediului înconjurător*. Raportul se sprijină şi pe studiile lui Favis şi Dunham, care semnalează creşterea numărului spitalizărilor în zonele ultrapopulate din Chicago, faţă de cartierele mai salubre şi mai aerisite. Martin, în 1957, a constatat incidenţa crescută a bolilor psihice la populaţiile dezrădăcinate, din cartiere insalubre, şi implantate în cartierele moderne, iar Mitchell a semnalat asemenea situaţii în Hong Kong.

Suprapopularea unui apartament cu două-trei familii favorizează apariţia tulburărilor mintale ; de asemenea etajele superioare, în blocuri foarte înalte, favorizează apariţia anxietăţii. Cartierele sărace ale oraşelor, împrejurimile dezagreabile, clădirile degradate, zgomotul, declanşează depresiune, anxietate, dezinteres şi favorizează consumul de alcool şi droguri, delincvenţa şi crima (335).

Influenţa patogenă a urbanizării, la care trebuie să adăugăm *industrializarea cu exigenţele sale specifice* în privinţa calificării, a programului de muncă şi a multiplelor solicitări legate de noile aspecte ale existenţei, declanşează starea de „stres". Ea semnifică o supraîncărcare funcţională, pînă la contrazicerea unor resurse biologice şi psihice ; iar cînd este durabilă, *se creează, în pofida unui anumit grad de adaptare, o fragilizare funcţională „difuză"*, fragilizare care face ca traume fizice sau psihice individuale să survină pe un teren propice şi să aibă un efect mult mai nociv.

În acest sens, într-o lucrare de ansamblu, von Bayer (337) a arătat că „ceea ce lipseşte societăţii industriale moderne, în ciuda creşterii gradului de confort, este autoînţelegerea cu privire la faptul că există prea multă contractare, prea multă încordare, care se plasează de-a curmezişul ritmului biologic natural, şi este destul de greu să subliniem că se cer de la oameni sarcini şi jertfe". În viaţa modernă, epuizarea capătă importanţă crescîndă nu numai la adulţi şi vîrstnici, ci şi la copii şcolari şi tineri, stări greu definibile, de eşec *(Versagung)*, ce se semnalează frecvent în întreprinderi.

Stresul trebuie privit prin prisma determinismului multifactorial, în mod asemănător bolilor psihice de natură „psihogenă". Cercetări recente sugerează cu mare probabilitate că situaţiile stresante acţionează ca factori precipitanţi generali, care pot determina o simptomatologie subiectivă variabilă sau tulburări de comportament, răspunsul depinzînd de caracteristicile individului aflat sub stres şi de resursele sale de a se confrunta cu acesta (338, 339, 340, 341).

Unii autori au elaborat „scale ale unităţilor de schimbare a vieţii" (1), pe baza cărora se pot cuantifica rezonabil efectele stresului în cazul unui individ, într-o anumită perioadă. În scala Holmes şi Rahe, cel mai

Scanned with OKEN Scanner

mare indice de afectare, *pierderea unui soț*, este cotată cu 110, *divorțul* cu 73, *privațiunea de libertate, boala ori accidentul*, cu 53, *graviditatea*, cu 40, *schimbarea profesiei*, cu 39, *moartea unui prieten intim sau ceartă conjugală serioasă*, cu 37, *schimbarea răspunderii profesionale sau dificultățile cu socrii*, cu 29, *schimbarea locuinței*, cu 20.

În prezent, se analizează mecanismele de protecție față de agresiune, împotriva dezvoltării unor reacții patologice la stres (342, 343, 344). Astfel, s-a abordat *problema strategiilor de confruntare (d'affrontement)*, adoptate de individ în fața agresiunii, elemente care ar putea căpăta o importanță deosebită în viitor, pentru prevenirea morbidității și a incapacității. Dintre strategiile descrise, cea bazată pe ideea previzibilității situației, în sensul cunoașterii acțiunii stresului și definirii modalităților de reacțiune a subiectului, pare să favorizeze cel mai mult adaptarea la agresiune.

Recent, a fost subliniată importanța *suportului social — moderator al stresului existențial* (345, 346) —, ceea ce presupune sprijin din partea grupului social, prin intermediul căruia subiectul se simte securizat, îngrijit, stimat, apreciat și angajat ca membru al acestuia într-un sistem de obligații mutuale, deci, integrat social.

În raport cu efectele grave ale izolării, lipsei contactelor sociale asupra sănătății somatice și psihice, unii autori (L. Eisenberg, 1981) (351) vorbesc de malnutriție socială.

Datele publicate de către Berkman și Symes (352), după o catamneză pe un interval de 9 ani asupra unui număr mare de adulți între 30 și 69 de ani, arată că riscul de deces al celor izolați este mai mare de 2,3 ori, la bărbați, și de 2,8 ori, la femei.

Pierderea unei persoane apropiate are importante consecințe negative — fizice și psihice. Un studiu britanic pe 5 000 de văduvi (353), în vîrstă de 55 de ani și peste, a arătat că, în intervalul de șase luni de la decesul partenerului, mortalitatea a crescut cu 40% (pentru toate bolile), iar MacMahon și Pugh (354) au găsit rata suicidului de 2,5 mai mare pentru același interval de timp de la deces. Consecutiv, au apărut clinici și programe de intraajutorare, ca sfătuirea de la văduv la văduv. La stresul pierderii, pentru cei mai în vîrstă de 60 de ani se adaugă efectele îmbătrînirii, pensionării, reducerii legăturilor familiale.

Surse de contact social valoros pentru sănătate sînt considerate : căsătoria, prietenia cu un număr semnificativ de mare de persoane aflate într-un perimetru relativ apropiat, apartenența la un club, cenaclu, formație artistică.

Astfel, Brown și colab. (355) au arătat că o relație intimă și de încredere, deși nu neapărat sexuală, cu soțul sau cu un prieten, reduce mult probabilitatea apariției simptomelor depresive la femei, în pofida prezenței unor stresuri existențiale semnificative. Henderson și colab. (356) susțin existența unei proporționalități între scorurile scăzute la chestionarele referitoare la morbiditate și intensitatea legăturilor sociale, deși nivelul de adversitate, măsurat prin evenimentele trăite de subiecți, poate fi considerat constant.

Elementele de protecție par să fie reprezentate de oportunitatea exteriorizării și a prelucrării trăirilor negative ; prin aceasta se reduc dimensiunile fantasmatice, adesea exagerate, se găsesc soluții realiste, se asigură sprijin și simpatie, relaxare și comutarea activității către preocupări mai plăcute.

Scanned with OKEN Scanner

Prognoza mondială a bolilor psihice sugerează că *bolile psihice vor reprezenta în viitor, pentru medicină și societate, o sarcină din ce în ce mai grea* (357) ; numărul nevrozelor, de pildă, va crește în mod deosebit, ca urmare a suprapopulării și industrializării (sporirea în salturi a ritmului industrial, urbanizarea, poluarea aerului, solului, apei etc.).

Din datele de epidemiologie a nevrozelor (358, 359) — tulburările psihice cele mai frecvente și mai caracteristice vîrstei mijlocii —, reiese o predominanță netă în îmbolnăvire a sexului feminin, categoria cea mai vulnerabilă la stres. Hagnell nota o proporție de 2/1 pentru femei și bărbați, durata medie a nevrozelor, după același autor, fiind de circa șase-șapte luni, mai mare în perioada tinereții și către vîrsta înaintată.

În explicarea morbidității crescute prin nevroze la femei se poate pune întrebarea dacă ne aflăm în fața unei vulnerabilități specifice, legate de sex, cum ar fi particularitățile bio-fizio-psihologice, slaba rezistență la factori psihici negativi sau dacă există — mai curînd — *o solicitare excesivă, disproporționată, în raport cu sexul masculin, așa-numita dublă încărcare (Doppelbelastung),* prin sarcini care depășesc adesea capacitatea adaptativă și duc la apariția unor sindroame de epuizare psihică dar și somatică ; pe acest fond se grefează o patologie adesea de tip depresiv, cu scăderea capacității vitale (358).

Schimbările survenite în statutul social al femeii par să fie incomplete ; *se constată că o parte din inegalitatea anterioară continuă de fapt prin aceea că femeia trebuie să îndeplinească atît obligațiile de serviciu, cît și pe cele de soție, mamă, educatoare și gospodină, rămînîndu-i foarte puțin timp pentru repaus și refacere biologică. Ținînd seama de rolul formativ-educativ structurant al mamei pentru sănătatea mintală a copilului și știind că bolile ei psihice constituie risc crescut (high-risk) pentru îmbolnăvirea psihică a copilului,* M. Rutter, 1970, *recomandă măsuri diferențiate de protecție.* Aceste măsuri ar duce la diminuarea sindromului de epuizare a femeii și, ca atare, la scăderea vulnerabilității ei la diverse agresiuni. Reducerea obligațiilor extraprofesionale, asigurarea concediilor necesare refacerii ei biologice au menirea să întărească coeziunea familiei și să mențină echilibrul emoțional al grupului. Un rezultat convergent îl au îmbunătățirea aprovizionării cu alimente, transporturilor, introducerea aparatajului tehnic perfecționat în gospodărie, măsuri menite să ușureze viața femeilor, angrenate, prin definiție, în educarea viitoarelor generații. În același sens, *ar fi utilă dezvoltarea unui curent de opinie,* pentru asumarea și de către bărbați a obligațiilor gospodărești, de educație și creștere a copiilor, așa cum atestă experiențele reușite ale unor familii din S.U.A., U.R.S.S., Suedia, Franța etc.

Un aspect important al activității sociale, susceptibil de perfecționare, este *munca industrială.* Procesul de adaptare, de trecere de la școală la muncă, reprezintă o fază dificilă, îndeosebi în perioada adolescenței, momentul critic declanșîndu-se adesea la 1—2 ani de la angajarea în activitatea productivă, cînd încep să „aprecieze dificultățile vieții și cînd se instituie noi forme de dependență și autoritate, care blochează tendințele tinerilor către independență, învățare și recunoaștere ca subiecți adulți. Aceasta explică rata relativ mare a eșecurilor în ucenicie, a instabilității profesionale, denumită de unii „mobilitate disfuncțională" (305, 360).

Măsurările recente — „Sfatul noului angajat", de pildă — îndrumarea individualizată a tinerilor muncitori, promovarea unui schimb per-

Scanned with OKEN Scanner

manent și dezinteresat de opinii între vîrste, par să reducă simptomatologia anxioasă pe care autorii o numesc „șoc de angajare".

În ultimele trei decenii, se acordă o atenție sporită adaptării psihofiziologice la procesul muncii (361). Diferiți autori au evidențiat importanța acestor factori pe care îi grupează în două categorii: una, care ține de *solicitarea procesului psiho-fiziologic* (solicitare fizică, intelectuală, a atenției, factori perturbatori, zgomot, căldură, praf, substanțe toxice, pulberi, gaze); a doua, care ține de *relațiile din colectivul de muncă, de gradul de organizare, de echilibrare a raportului competență/responsabilitate și de armonizare a relațiilor interpersonale* (ele pornesc de la principiul compatibilității psihologice). Datele obținute de psihologia muncii încă din anii 1930—1940 (362) au arătat că randamentul activității industriale poate fi sporit substanțial și numai prin îmbunătățirea relațiilor de microgrup din întreprindere, prin aceasta producîndu-se o micșorare a încărcării psihice și fizice, cu scăderea riscului de îmbolnăvire psihică.

În prezent, se consideră că sînt insuficient studiate consecințele modernizării muncii în industrie, ale automatizării și revoluției tehnico-științifice asupra solicitării mecanismelor adaptative ale individului. Astfel, un grup de lucru al O.M.S. (363), examinînd consecințele automatizării pe planul sănătății mintale, a constatat, într-o multitudine de profesiuni, că *incidența crescută a morbidității se asocia cu insatisfacția profesională, incertitudinea viitorului, sprijinul moral redus din partea colegilor și a superiorilor*. În prezent, Organizația Mondială a Sănătății conduce un proiect vizînd explorarea efectelor medicale ale muncii pe bandă rulantă în industrie, iar de curînd Centrul internațional O.M.S. de studiu al factorilor psiho-sociali de la Stockholm a analizat consecințele expunerii la diferiți factori agresogeni, îndeosebi în procesul de activitate. Corelarea factorilor psiho-sociali stresanți cu bolile psihosomatice și tulburările cardiovasculare a fost studiată în profunzime, ceea ce a permis descrierea unor *epidemii de hipertensiune arterială* (a nu se confunda cu boala hipertensivă clasică) în *situațiile de stres continuu, la cei ce aparțin unor grupuri minoritare, la ruralii care au migrat de puțin timp în mediul urban și, îndeosebi, în ambianța de lucru cu nivel de zgomot ridicat*. Unele cercetări au arătat că perioadele de tensiune psihică sînt însoțite de anxietate sporită și datorită suprasolicitării mecanismelor biochimice de apărare a organismului, precum și de creșterea colesterolemiei (149).

Climatul negativ din grup este generator de tensiuni și conflicte psihopatogene, care scad randamentul și au efect demobilizator. *Ca factori tensionali sînt incriminați relațiile disproporționate dintre autoritate și dependență, raportul eronat dintre exigență, competență și dificultatea sarcinilor, deficiențele din sistemul de promovare, diferențe ale randamentului membrilor grupului, formularea lipsită de coerență și concizie a sarcinilor, dificultățile de comunicare* etc.

Solicitarea profesională și oboseala sînt, în general, sporite de climatul determinat de așteptarea sub presiune, de lipsa sentimentului de protecție a grupului. Se recunoaște că starea psihică are o mare influență asupra funcțiilor somatice și a oboselii, în anumite limite, putîndu-le amplifica sau diminua (364). Randamentele grupurilor — global și individual — se interconditionează strict, ceea ce-l determină pe T. Meignitz (1965) să-și intituleze studiul „Patologia socială a întreprinderii".

Pentru păstrarea sănătății mintale a muncitorilor (364) din industrie, se conturează două direcții principale de acțiune :

— măsuri de îmbunătățire a mediului fizic : ventilație, iluminat, amortizarea zgomotului, aspecte ergonomice ce țin de igiena muncii etc. ;

— măsuri menite să îmbunătățească randamentul individual, pornind de la factorii afectiv-motivaționali ; ele se referă la o aplicare mai substanțială a principiilor orientării profesionale, prin *creșterea rolului psihologului de întreprindere*, atribuțiile acestuia tinzînd să se lărgească spre armonizarea relațiilor din cadrul microgrupurilor ce alcătuiesc echipele de muncitori, îndeosebi în acele locuri unde cresc morbiditatea psihică, dezadaptarea socială și absenteismul, conflictele, accidentele de muncă. În aceste cazuri este vorba, cel mai adesea, de relații de grup inadecvate, care perturbă nu numai desfășurarea producției, ci și sănătatea mintală a unei bune părți din grupul respectiv, impunînd reașezarea, eliminarea sau neutralizarea oamenilor-problemă, cînd aceștia pot influența negativ viața colectivului (365).

În condițiile activității în trei ture, unul din *factorii patogeni este reprezentat de adaptarea la schimbarea ritmului de somn-veghe* (366). Conform unor studii întreprinse de Boujer în Olanda (1960), este nevoie de circa 5—7 zile pentru o asemenea adaptare. În condițiile rotației, apare o incidență ridicată a perturbărilor de somn, a fenomenelor vegetative, tulburărilor digestive și divergențelor familiale violente (Brown). Adaptabilitatea este, într-adevăr, individualizată, un indicator fiind temperatura corporală. S-a constatat experimental că și în cazul unui randament relativ neschimbat, efortul rezolvării sarcinilor în perioada adaptării, măsurat prin probe biochimice și tensiune musculară, este sporit, prognosticul individual al dezadaptării fiind mai mare. Pentru preîntîmpinarea acestor fenomene se preconizează, în mare, trei soluții, încă insuficient verificate :

— permanentizarea schimbului de noapte pentru un grup controlat de muncitori ; aceasta ar reduce efectele nefaste ale adaptării la schimbarea ciclului somn-veghe, dar poate implica alte probleme, de ordin social (participarea la viața de familie, diferențierea de retribuție pe baza sporului de noapte, participarea la celelalte activități sociale etc.), ceea ce limitează soluția ; un astfel de experiment s-a inițiat în Uzinele textile din Arad, sub conducerea lui N. Mărgineanu, în anul 1972 ;

— lucrul în două schimburi alternative : 1—2, 2—3, 3—1, în funcție de condiționarea individuală optimală a ritmului somn-veghe ;

— ziua de lucru „falsă" de 28—30 ore, cu ture mai lungi, unde diferențele de ore ale zilei „reale", la care se schimbă turele, sînt mai mici, adaptabilitatea părînd să crească (Wilkinson).

Ținînd seama de aceste probleme apare justificată încadrarea psihologului și sociologului în unități industriale și pregătirea lor corespunzătoare în domeniul ergonomiei.

Numeroasele studii epidemiologice au pus în evidență modul în care mediul industrial favorizează apariția și dezvoltarea tulburărilor psihice, pe fondul constatării generale că frecvența acestor maladii este în creștere în condițiile moderne.

În România ultimilor douăzecișicinci de ani, au fost efectuate o serie de cercetări de epidemiologie psihiatrică în întreprinderi, de către colective ale Institutului de neurologie și psihiatrie, clinicilor și spitalelor de

psihiatrie. Au fost analizate unele aspecte ergonomice și psihologice specifice activității industriale, confirmîndu-se rolul familiei în compensarea efectelor noxelor asupra psihicului (364).

Cu ocazia unui simpozion de igienă mintală, J. Gillon sublinia *importanța psihoigienei în industrie*, cunoașterea problemei „rămînînd încă cel mai adesea vagă" (365).

R. M. Frumkin, pe baza unei serii de investigații, formulează ipoteza că, în unele grupe profesionale din ierarhia socială, *se dezvoltă maladii psihice cu origine și orientare sociogenă;* deci, boala, a cărei apariție a fost condiționată cu precădere de factori sociali, este orientată, mai curînd, împotriva societății (367).

R. E. Clarck ajunge la concluzii similare, bazate pe distribuția bolilor psihice după profesii. El afirmă că *prestigiul social al profesiilor și satisfacția rezultată din muncă sînt factori mult mai importanți pentru sănătatea psihică decît, de pildă, nivelul veniturilor realizate* (368).

Unii autori înclină să susțină că se pot contura tot atîtea nevroze cîte profesii există (începînd cu nevroza directorilor, managerilor, dispecerilor, telefonistelor, textilistelor etc.).

Elton Mayo a relevat *influența negativă a conflictelor nevrotice asupra productivității muncii.* Firește, productivitatea depinde de o multitudine de factori și, în principal, de cei tehnologici, organizatorici, economici și sociali, dar ea este influențată și de nivelul calificării profesionale a cadrelor, de angajarea lor, de încrederea în propriile lor forțe și, mai ales, de satisfacția dată de muncă (330). Nevrozele — cu precădere neurastenia — pot influența toți acești factori subiectivi, scăzînd astfel productivitatea muncii (369).

M. Savicevici și M. Kilibarda arată, în 1971, într-un studiu pe 1 963 de subiecți dintr-un colectiv industrial din regiunea Ivangrad, *tulburări psihice în 16,1% din cazuri:* 85,8% nevroze, 8,2% psihopatii, 1,6% psihoze și 4,4% debilitate mintală. Majoritatea subiecților bolnavi investigați (82,7%) acuzau dificultăți în îndeplinirea normelor de producție (370).

Studii românești (1972—1980) arată o prevalență a afecțiunilor psihice în mediul industrial de 12,14—15,50%, *mai mică decît în populația generală* (17,42%); procentul cel mai mare îl reprezintă afecțiunile psihice marginale (371).

M. Stefanovski și colab., investigînd 1 480 de muncitori de la două întreprinderi ale industriei alimentare și ușoare din orașul Skoplje, au întîlnit o incidență crescută a nevrozelor; examinînd influența lor asupra capacității de muncă și a productivității unităților industriale, au constatat o evidentă scădere a performanțelor individuale și colective (372).

Un aspect deloc neglijabil este cel sesizat în studiul lui I. Stanjnberg și colab. (373), care arată că *boala psihică modifică în mod negativ atitudinea față de muncă,* în funcție de gravitatea ei: în 52,2% la nevrotici, în 74,4% la psihopați, în 75,0% la psihotici.

Cercetările întreprinse în Marea Britanie de către Russell Frase și colab. (374) au arătat că *1/4—1/3 din toate absențele cauzate de boală sînt determinate de tulburări nervoase.* Nevrozele antrenează o pierdere anuală de zile de muncă de 1,09% la bărbați și 2,4% la femei, ceea ce echivalează cu o absență medie anuală de *trei zile de muncă pe muncitor și șase zile de muncă pe muncitoare, respectiv 1/5 și 1/4 din toate absențele de la lucru.*

Scanned with OKEN Scanner

Cercetătorii italieni P. Didona și C. Rotta atrag atenția asupra unei *strînse relații între incidența accidentelor de muncă în industrie și nevroze*, nevrozele mărind pericolul de accidentare (375).

Unii autori consideră că 80% din problemele emoționale care apar în profesiune sînt determinate de cauze străine de muncă. Se pare că *cele mai întinse tulburări emoționale sînt legate de viața familială*. De aceea este foarte utilă pregătirea psihologică a medicului și a sorei medicale de întreprindere, ei fiind cei care pot realiza diferite acțiuni psihoterapice și de sfătuire — înainte de a decide trimiterea la psihiatru (376).

Se confirmă din surse românești — cercetările Institutului de neurologie și psihiatrie — că pe prim plan stau traumele legate de viața familială. Efectul traumelor extraprofesionale condiționează unele relații cu caracter tensional la locul de muncă. Dificultățile de adaptare la locul de muncă ale nevroticului și discrepanța între nivelul de realizare și cel de aspirație se datoresc și unei insuficiențe de selecție profesională. Activitatea de conducere sau chiar numai cea intelectuală intensă sau/și prelungită poate favoriza apariția nevrozei. Conflictele la locul de muncă nu ar apărea în cadrul factorilor principali cu risc de îmbolnăvire.

Alcoolismul. Importanță, răspîndire, cauze, consecințe, măsuri de stăvilire

Alcoolismul reprezintă o problemă importantă de sănătate mintală atît prin frecvența îmbolnăvirilor, cît și prin implicațiile grave pentru individ și colectivitate. Pentru proprietățile sale anxiolitice, alcoolul este folosit ca psihotrop universal și, în funcție de cantitate și personalitatea celui care-l consumă, devine psihoanaleptic, psiholeptic sau psihodisleptic. Astfel, alcoolul rămîne unul din principalii cauzatori ai comportamentului antisocial, agresiunii, jafului, vagabondajului, huliganismului, crimei, sinuciderii, prin aceasta devenind o problemă socială extrem de serioasă (377, 378, 379, 381, 382, 387, 388, 391).

În pofida numeroaselor cercetări reflectate în publicații de specialitate și în preocupările congreselor internaționale, prevenirea și combaterea alcoolismului au făcut progrese neînsemnate în ultimele decenii. Organizația Mondială a Sănătății a inițiat, încă din 1967, un larg schimb de experiență, în cadrul căruia experți în materie au vizitat diferite țări, în cadrul programelor de sănătate.

Amploarea exactă a alcoolismului este necunoscută, estimările variind între : 40 000 și 350 000 la o populație de 50 000 000 în Anglia ; 40 000 și 100 000 la o populație de numai 5 milioane în Danemarca (1974). În majoritatea țărilor, statisticile se obțin indirect, din date ca : numărul zilelor absentate de la lucru, numărul contravențiilor, crimelor, sinuciderilor, accidentelor de muncă sau de circulație, numărul internărilor în spitale de boli somatice și de psihiatrie, internări care, la rîndul lor, depind de politica sanitară în vigoare și de numărul paturilor disponibile. Astfel, în Anglia, în spitalele de psihiatrie s-au internat mai puțin de 7 000 de bolnavi cu diagnostic legat de alcoolism (în anul 1970), iar pentru aceeași cauză, în Suedia, la 8 milioane de locuitori, numărul pacienților internați a fost de 13 000 ; amploarea problemei se poate aprecia și după datele din Austria, unde 1/3 din toate spitalizările la dispensarul psihiatric univer-

sitar, care servește Viena și regiunile învecinate, sînt imputabile alcoolismului. Aproximativ 40% din internările tuturor spitalelor din Franța (377) sînt legate de consumul de alcool ; în Franța, R.F.G. și Irlanda, spitalizările pentru alcoolism în secțiile de psihiatrie reprezintă 25—35% : în Suedia, în 1975, 19 000 de pacienți (0,23% din populația generală) au primit îngrijiri pentru alcoolism în spitale de psihiatrie, iar 3% din totalul deceselor, în anul 1976, au avut drept cauză alcoolismul (383).

Numărul persoanelor internate în spital, pentru tratamentul alcoolismului, în Anglia și Țara Galilor, în perioada 1970—1978, a crescut cu 77% pentru bărbați și cu 137% pentru femei. În aceeași perioadă, decesul prin ciroză a sporit cu 27% pentru bărbați și 61% pentru femei (55).

În 1972, O.M.S. consemna în S.U.A. 100 milioane de consumatori de alcool, din care 12 milioane alcoolici ; în același an s-au datorat alcoolului : 25 000 de accidente de circulație, 15 000 de omucideri și sinucideri, 20 000 de decese prin complicații somatice asociate ; afectarea a 40 milioane de soții și copii și arestarea a 5 milioane de persoane ; în 1975 se estima că numărul alcoolicilor a crescut la 25 milioane, față de 5 milioane în 1970.

În 1975, O.M.S. (384) semnala, în Chile, 150‰ consumatori excesivi și 50‰ alcoolici, iar în Marea Britanie, 0,2—11‰ alcoolici ; o anchetă în Iugoslavia relevă 189‰ alcoolici confirmați și 216‰ consumatori excesivi ; un studiu japonez (1976) estimează la 5—7‰ numărul alcoolicilor ; în R.F.G., se apreciază că există 1 milion de alcoolici, din care 10% tineri.

Ancheta, efectuată de experți O.M.S. în ultimii 15 ani, relevă o mare variabilitate în frecvența alcoolismului cronic : 40‰ în Franța, 25‰ în Iugoslavia, 20‰ în Cehoslovacia, 10‰ în Polonia.

În toate țările, întinderea și gravitatea problemelor legate de alcool sînt recunoscute, deși nici o țară nu este mulțumită de statisticile disponibile. Aceasta se explică, în primul rînd, prin stigmatizarea morală care se leagă de diagnosticul „alcoolism" ; altă cauză de disimulare este chiar legislația multor state — mai ales, legislația muncii — în care sînt prevăzute penalizări majorate dacă infracțiunea se însoțește de alcoolism : în plus, alcoolismul nici măcar nu a constituit un obiectiv statistic pentru sectorul sanitar, cu excepția spitalelor de psihiatrie, care, la rîndul lor, n-au putut înregistra decît cazurile cele mai grave cu complicații psihotice internate de urgență.

De asemenea, distincția între alcoolic și consumator de alcool, precum și variabilitatea criteriilor de diagnostic al alcoolismului reprezintă piedici serioase în identificarea și studiul alcoolismului, în prospectarea măsurilor preventive. În acest fel, proporția consumatorilor de alcool și a alcoolicilor reali rămîne necunoscută. Gravitatea problemei poate fi estimată doar prin consecințele medico-legale și sociale, presupunîndu-se că dimensiunile reale ale fenomenului sînt cu mult mai întinse decît cele cunoscute pe baza indicatorilor actuali.

După ce Lederman, Lint și Schmidt au găsit o corelație strînsă între consumul anual de alcool și amploarea problemelor legate de alcoolism, au început să fie întreprinse studii comparative asupra nivelului de consum interțări și a evoluției consumului de alcool în interiorul fiecărei țări. S-a constatat că evoluția consumului nu este aceeași la diferite grupe studiate, remarcîndu-se o creștere a consumului la imigranți tineri, femei și copii (55, 378, 387, 388, 389, 393, 394).

Scanned with OKEN Scanner

Astfel, Centrul antialcoolic din Coimbra (Portugalia) a înregistrat, pentru subiecți sub 20 de ani, o creștere de la 0,74% în 1971, la 2,2% în 1978. În Norvegia, consumul de băuturi alcoolice s-a dublat în 1977 față de 1957, datorită tinerilor. În S.U.A., 19% din adolescenții între 14 și 17 ani sînt considerați alcoolici (chiar de la 8 ani). În U.R.S.S., vîrsta medie de consum exagerat de vodcă s-a deplasat spre 15—17 ani; 90% dintre alcoolici au început să bea înainte de 16 ani, iar 33%, înainte de 10 ani. 6,4% dintre tinerii bretoni, între 6 și 10 ani, declară că beau obișnuit bere la masă și 1,3%, vin (388).

O anchetă efectuată în anul 1976 (IFOP) a arătat că 3 tineri din 5 sînt inițiați direct de părinții lor. De asemenea, cercetările efectuate într-o zonă pariziană, la școlari și tineri între 11 și 20 de ani, au semnalat că 40% din tinerii peste 14 ani folosesc un „aperitiv" sau un „digestiv"; 38% beau regulat și 20% dintre aceștia sînt consumatori constanți de vin. 11—22% din elevii între 12 și 16 ani, în Elveția, și 50% din băieții de 13 ani, în Suedia, folosesc alcool.

Un studiu american semnalează că 27% din adolescenții care încep anul școlar prin a bea, îl sfîrșesc prin a se droga.

Prima problemă practică este de a aprecia consumul pe cap de locuitor, în general, și pe cap de adult, în special. Dacă din producția oficială se scade exportul și se adaugă importul, precum și producția clandestină aproximată, se poate obține o cifră orientativă (383). Un program de luptă anti-alcool trebuie să-și propună, în primul rînd, înregistrarea corectă, în întregime, a fenomenului și, pe baza datelor epidemiologice reale, să orienteze acțiunile.

Conferința O.M.S. de la Dubrovnic, din august 1978, a estimat că în Europa consumul variază de la 0,5 la 16 litri de alcool pur pe an, de persoană, alcoolul și drogurile fiind responsabile pentru o bună parte din spitalizări. *În Europa, se înregistrează anual 100 000 de decese prin accidente de circulație și 100 000 de decese prin suicid — și unele, și celelalte cauzate de alcool.*

În privința consumului de băuturi alcoolice, obiceiurile variază de la o țară la alta; pînă acum cîteva decenii, se știa că în Danemarca, Belgia, berea este principala băutură, iar în Franța și Austria, vinul; în Polonia și Suedia — rachiurile și vodca. În toate țările înscrise în studiul O.M.S. (392), autoritățile semnalează creșterea consumului de băuturi alcoolice și evoluția obiceiurilor tradiționale: consum și în afara meselor sau a unor ocazii (festinuri particulare, de pildă).

În ultimii 35 de ani, s-a înregistrat în țările producătoare de vinuri, o creștere a cererii de băuturi distilate. Un studiu O.M.S. arată că în 1950, de exemplu, numai în două țări (Franța și Portugalia), consumul anual pe o persoană depășea 10 l de alcool pur; ca în 1975, numărul țărilor care depășea această cifră să fie mai mare de 10 (377).

Alt studiu O.M.S., organizat în 26 state din diferite regiuni ale globului, arată o creștere medie a consumului de la 8 l de etanol pur, în două țări, în 1950, la 22, în 1976. În Finlanda, de exemplu, consumul de alcool (litru de alcool pur pe cap de locuitor) a crescut de la 1,73 în 1950, la 6,19 în 1975, iar condamnările pentru beție, de la 3 668 la 5 842, în aceeași perioadă (379).

În unele state, în perioada 1950—1975, consumul a crescut excesiv (200—300% în R. D. Germană și Olanda); în altele (Franța), mai puțin.

Scanned with OKEN Scanner

Se înregistrează și o scădere a consumului în Italia, după 1969, în Portugalia, după 1971, în Elveția, după 1974. În țări producătoare de vinuri (Franța, Italia, Portugalia, Spania), a crescut cererea de bere și băuturi spirtoase, iar în Belgia, Olanda și Țările Scandinave, a sporit consumul de vin (377).

O asemenea creștere se datorează unui complex de factori, printre care : *internaționalizarea dezvoltării industriei de alcool,* cum ar fi corporațiile interstatale, *amplificarea anxietății* în condițiile vieții contemporane (migrarea externă, migrarea internă datorată industrializării și urbanizării, ultrapopularea), *dezvoltarea turismului* (export-import și de obiceiuri), *alterarea modului de folosire a timpului liber* etc. O *grupă cu „risc crescut" o reprezintă tineretul și femeile ;* în anul 1978, în Berlinul de Est, de exemplu, 32% din alcoolicii tratați în serviciile psihiatrice erau femei, față de 22%, în 1960. În explicarea acestui fenomen, se incriminează emanciparea femeilor, independența economică, absența îndelungată a soțului, celibatul, văduvia, situații care favorizează izolarea lor socială. De asemenea, în Austria, R.F.G. și Portugalia, aproape 80% din copiii în vîrstă de 15 ani consumă băuturi alcoolice. Explicația ? Dorința de identificare cu adulții, imitarea obiceiurilor proaste, accesibilitatea procurării băuturilor etc.

Și la noi în țară se pot face constatări asemănătoare cu cele din statele producătoare de vin și țuică, cum ar fi raportul crescut între consumatori și alcoolici propriu-ziși (aproximativ 7/1), marea toleranță socială față de consum, tradiția de a apela la băuturi alcoolice în orice situație socială mai importantă, în cazul unor evenimente individuale pozitive sau negative ; de asemenea, se ignoră reala nocivitate a alcoolului printre tineri ; *persistă mentalitatea unor virtuți pozitive, cum ar fi creșterea forței fizice, a curajului, sociabilității și „conștiinței de sine",* a sentimentului de putere și independență virilă etc. ; aceasta face din consumul băuturilor un obicei nelipsit din viața de toate zilele. Studiile românești (378, 393, 394) confirmă consumul exagerat de alcool la persoanele care execută munci fizice grele, la persoanele cu munci intelectuale sau în cazul unei atmosfere familiale nefavorabile și la celibatari.

Studiul epidemiologic, efectuat în anul 1974, de Institutul de neurologie și psihiatrie, a evidențiat faptul că alcoolismul cronic și complicațiile lui psihice reprezintă 5,55% din totalul patologiei psihiatrice din populația generală.

Numeroși cercetători s-au străduit să definească alcoolismul, apelînd la criterii generale, medicale, psihologice, sociale. De cea mai mare circulație pare a fi supoziția care consideră alcoolismul o maladie psiho-socială, alcoolicul definindu-se ca un bolnav ce și-a pierdut libertatea de a se abține de la consumul băuturilor alcoolice.

Foarte numeroase au fost și încercările de delimitare a fazelor alcoolismului. Fouguet, de exemplu, împarte alcoolismul în trei categorii (395) :

— *Alcoolita,* reprezentînd cca 50% la bărbați și 5% la femei, apare la băutorii obișnuiți, care consumă cantități însemnate, mai ales de vin, bere, în compania altora și fără sentiment de culpabilitate.

— *Alcooloza,* reprezentînd cca 40% la bărbați și 80% la femei ; apare la băutori solitari, deseori neurastenici, care preferă băuturi tari și trec frecvent prin beții ; consum discontinuu cu net sentiment de culpabilitate.

Scanned with OKEN Scanner

— *Somatoalcooloza*, reprezentînd 1—5% la bărbați și 15% la femei, apare acompaniată de psihoze acute. Consumul este intermitent iar sentimentul de culpabilitate, foarte pronunțat.

De mare importanță pentru evaluarea alcoolismului este distincția între consumator de alcool și alcoolic propriu-zis ; în fapt, consumul de alcool este mult mai răspîndit și înregistrează numeroase variații în raport cu obiceiurile, tipul de băutură disponibilă etc. Se pare că 10—20% dintre consumatorii de alcool devin alcoolici cronici și, prin aceasta, bolnavi mintali cu tot cortegiul de consecințe (385, 386). În delimitarea celor două categorii de subiecți (consumatori de alcool, alcoolici cronici), O.M.S.-ul admite definiția dată de Jellinek (1960), pentru care alcoolismul înseamnă orice consum de băuturi alcoolice care provoacă un prejudiciu individului sau societății. Se știe că, în anumite cazuri, uzul duce cu timpul la abuz, iar granița dintre aceste etape este caracterizată prin pierderea autocontrolului și instalarea unei dependențe fizice și psihice, de tip toxicomanic.

Alcoolism alfa (faza prealcoolică) — cu durata de la cîteva luni la cîțiva ani ;

— primul stadiu : alcoolul este consumat ocazional, pentru efectul său euforizant sau pentru diminuarea — în unele situații — a unei stări de tensiune, a unei dureri fizice ;

— al doilea stadiu : alcoolul începe să fie consumat constant, în scopul sedării unui conflic nevrotic, de exemplu, ajungîndu-se la o *dependență psihologică*, fără complicații sau dependență somatică. Este un consum solitar.

Alcoolism beta (faza prodromală) este consumul exagerat de băuturi alcoolice, datorat obiceiurilor socio-culturale, legate de evenimente bune sau rele, la care se participă, obișnuit, în grup. Prin abuz, se ajunge la complicații somatice tratate, deseori, ca o mască independentă : gastrită, hepatită cronică, ciroză, polinevrită etc.

Alcoolism gamma — pierderea controlului asupra cantității consumate, creșterea interesului pentru procurarea alcoolului, odată cu scăderea interesului general, neglijarea îndatoririlor familiale și sociale (psihopatizare) ; constant, apare simptomatologia de „sevraj" (dependență somatică), fenomen care impune, de cele mai multe ori, internarea.

Odată cu faza gamma începe dependența fizică, adică *alcoolismul cronic* propriu-zis. Fenomenele de abstinență nu apar mai curînd de 7 zile.

Alcoolism delta — beții prelungite ce continuă cu degradarea treptată a personalității, scăderea facultăților intelectuale, pînă la demență, apariția psihozelor alcoolice ; dependență foarte accentuată față de toxic, care nu permite suprimarea consumului nici pentru 1—2 zile.

Alcoolism ypsilon — consum periodic exagerat, masiv, timp de cîteva zile, care însoțește variațiile afective (ciclotimie, distimie) sau echivalențele comițiale ; figurează sub denumirea de „dipsomanie" în lucrările de specialitate.

Observăm că stadiile alfa și beta din clasificarea lui Jellinek nu se caracterizează prin dependență somatică, deci nu intră în noțiunea de alcoolism cronic. Dacă excludem și bețiile simple, accidentale, neasociate semnelor somatice obiective și subiective, delimităm cazurile încadrabile în stadiile gamma și delta ale alcoolismului cronic ; înregistrarea lor corectă ar permite cunoașterea amplorii alcoolismului.

Printre *factorii favorizanți*, relevați de cercetătorii din țările cu mare experiență în materie (Suedia), se numără : *distribuirea băuturilor alco-*

Scanned with OKEN Scanner

olice pe piață în cantități exagerate ; accesibilitatea nelimitată a procurării lor ; transmiterea directă sau prin diferite mijloace de popularizare a obiceiurilor, adesea din *interese economice*. Astfel, în Franța, prima producătoare de vinuri din lume, fiecare persoană consumă, în medie, 141,8 l de vin pe an sau 17 l de alcool pur : eroarea la nivel de opinie publică constă în a considera alcoolul un mijloc de apropiere socială, în unele țări manifestîndu-se chiar un exces de toleranță, mai ales față de consumatorii de alcool de sex masculin (378,393) ; în alte țări, se încearcă stăvilirea prin dezaprobare socială și măsuri prohibitive (Suedia, U.R.S.S.).

Statisticele arată că *alcoolismul însoțește marile prefaceri sociale, cînd crește tensiunea legată de urbanizare, industrializare, automatizare.* S-a constatat însă că el predomină la dezadaptații sociali, vagabonzi, oameni fără cămin, imigranți (așa cum arată raportul suedez) și potențează majoritatea bolilor somatice și psihice ; asociat cu delincvența, favorizează o bună parte din actele medico-legale, dacă nu majoritatea ; se apreciază că 30—50% din deținuți au implicații legate de alcool, iar 75% din delincvenții juvenili provin din familii unde cel puțin un părinte este alcoolic. În numeroase țări, pînă la 40% dn decesele prin accidente de circulație (automobiliști și pietoni) sînt atribuite alcoolului. În Franța, 30% din accidentele rutiere se asociază cu consumul de alcool în timpul conducerii automobilului. Și la noi, 10,8% dintre accidentele rutiere se datoresc ingestiei de alcool (396).

Alcoolismul reprezintă a patra cauză de deces în Franța ; în 1973, din 553 461 de decese, 21 955 au fost determinate de alcoolism și complicația sa cea mai redutabilă, ciroza hepatică. *Consecințele sociale sînt complexe, grave și se exprimă clinic în special prin degradare socio-profesională și intelectuală, dezorganizare familială, însoțite de tulburări comportamentale, ca lipsa de disciplină și răspundere față de exigențele locului de muncă, conflictualitate, cverulență, scăderea treptată a randamentului etc.* (292). Alcoolicul pierde, în medie, cu 22 de zile de muncă mai mult și este accidentat de două ori mai frecvent decît colegul său nealcoolic. După R. Debré, alcoolul ar determina pierderi de 4—5 miliarde de franci anual, în Franța, după alte aprecieri, pierderile ar fi de 20 miliarde de franci anual. O statistică elvețiană din anul 1975 cifrează pagubele la 1 346 milioane de franci și la 33 000 de ani viață pierdută și 19 mii ani de boală din cauza alcoolului (378). Totul, luînd ca element de referință un singur an. Acțiunea euforizantă a băuturilor alcoolice, toleranța populației față de consumatorii de alcool, răspîndirea obiceiului de a apela la băuturi alcoolice în orice situație, existența unui puternic sector economic cu interese majore în promovarea unui asemenea consum — România, de exemplu, este printre marile țări producătoare de vinuri —, favorizează alcoolismul de tip beta ; insuficienta propagandă antialcoolică și lipsa de conștientizare a toxicomaniei trăită de alcoolici, cu tendința la recidive, potențează dificultățile de prevenire și combatere a alcoolismului.

Datorită tulburărilor din sfera diferitelor aparate și sisteme, incapacității de autocontrol, dependenței, tulburărilor psihice consecutive, alcoolismul este considerat în multe zone ale lumii și în toate țările europene, o boală care necesită tratament de specialitate.

Sistemele naționale de îngrijire medicală și asistență socială asigură alcoolicilor tratament medical și prestări sociale. Serviciile de tratament al alcoolismului fac parte din organizarea sanitară generală, iar răspunderea efectuării programelor antialcoolice revine — cel mai frecvent, din păcate —, numai serviciului de psihiatrie.

Scanned with OKEN Scanner

În ultimii ani, în unele țări, s-au înființat servicii separate pentru alcoolism și toxicomanie (Anglia, Austria, Suedia). În altele (U.R.S.S., Suedia, Polonia, Bulgaria etc.), s-a adoptat o legislație specială pentru tratamentul obligatoriu al alcoolicilor.

Legea suedeză impune această responsabilitate unui Consiliu local privat de temperanță, care folosește asistența socială pentru depistarea, tratamentul ambulatoriu și supravegherea bolnavilor după cură, îngrijirile medicale în clinică și ambulatorii putînd fi impuse pe o perioadă de pînă la patru ani. Legea poloneză stabilește comisii socio-medicale la nivel de arondisment, care fac recomandări autorității judiciare pentru spitalizare și tratament pe o perioadă mergînd pînă la doi ani. În Bulgaria, legea autorizează organele judiciare să impună un tratament în clinică pe o perioadă de pînă la doi ani, apoi tratament ambulatoriu. În Franța, s-a căutat limitarea efectelor lui nocive prin punerea la dispoziție a băuturilor nealcoolice și a apei de bună calitate.

Regimurile de tratament țin seama și de considerente economice. Programele de readaptare a alcoolicilor comportă adesea obligația de a exercita o ocupație remunerată ; astfel, în R.F.G., Bulgaria și Polonia alcoolici tratați pe perioadă lungă pot cîștiga prin muncă, o parte din venit vărsîndu-se în contul familiei.

În țara noastră, alcoolicii necooperanți pot fi supuși tratamentului obligatoriu (în spital sau ambulator), potrivit prevederilor Decretului 313 ; nu dispunem însă de secții sau unități specializate pentru alcoolici.

În toate țările, legislația privind delictele de circulație, comise sub influența alcoolului, este riguroasă. Nu același lucru se poate spune despre reglementările referitoare la tratamentul și combaterea alcoolismului ; de asemenea, foarte variate sînt și atitudinile față de băutorii care perturbă ordinea publică sau comit acte antisociale.

Școala românească de psihiatrie, asemenea majorității școlilor din lume — considerînd alcoolismul o boală —, apreciază că alcoolicul trebuie înțeles, asistat, sprijinit și nu pedepsit, așa cum se procedează în diferite state (397, 398).

În multe țări, organisme naționale (377) însărcinate cu probleme ale alcoolismului dau sfaturi consiliilor publice asupra problemelor de actualitate, asupra politicii de urmat, a legislației și ajutorului financiar pentru tratamentul alcoolicilor ; pe plan național, s-a organizat planificarea serviciilor antialcoolice ; de pildă, legea poloneză contra alcoolismului precizează în mod expres cum trebuie să funcționeze aceste servicii. În numeroase state (423, 430) au fost organizate comisii speciale ; ele sfătuiesc guvernele în problemele de alcoolism ; în Polonia, de exemplu, un comitet de experți reunește reprezentanți ai ministerelor competente, organisme profesionale și benevole, publice sau particulare, experți tehnici ; aceste comitete promovează programe de educație antialcoolică și mobilizează eforturile cetățenilor. Se sugerează ca asemenea acțiuni să fie finanțate prin contribuții indirecte asupra alcoolului.

Principala organizație benevolă (377) de acțiune socială din Bulgaria, Frontul Patriotic, joacă un rol activ de același gen ; recent, a fost creat și un Comitet național pentru sobrietate, serviciile de tratament ținînd de resortul spitalelor de psihiatrie și medicină generală. Tratamentul ambulator și de readaptare este asigurat de diverse servicii medicale sau sociale, care beneficiază de ajutor public parțial sau total, sub forma dona-

Scanned with OKEN Scanner

ţiilor sau subvenţiilor de la securitatea socială sau de alte moduri de finanţare. Există o tendinţă generală foarte marcată de a se crea instituţii speciale pentru readaptarea alcoolicilor.

Tratamentul actual se desfăşoară în puncte diferite : spitale de psihiatrie sau medicină generală, dispensare speciale pentru tratament ambulator, cum sînt cele din Polonia, Olanda, Danemarca, U.R.S.S., Austria, instituţii specializate pentru tratament de readaptare etc. ; cazurile acute de alcoolism, cu complicaţii medicale, sînt internate, fără dificultăţi, în spitale de medicină generală ; cele cu complicaţii psihice (de exemplu, *delirium tremens)* se internează în secţiile de psihiatrie. În unele ţări, s-a organizat, sub administraţia poliţiei, un nou tip de instituţie — *„staţii de dezintoxicare"* — care au drept scop protejarea băutorului, nu încarcerarea lui. Tratamentul de readaptare a alcoolicului se face de obicei în unităţi de psihiatrie, cu servicii special rezervate, mai ales pentru bărbaţi. Unele state au spitale speciale pentru readaptarea alcoolicilor ; aceste instituţii sînt plasate de obicei în mediul rural sau suburban ; internarea durează de la cîteva săptămîni la cîteva luni, încercîndu-se crearea unei atmosfere mai mult de club decît de spital ; spitalele sînt dotate cu ateliere unde munca poate fi remunerată. În R.F.G., de exemplu, unul din ateliere (de la Spitalul din Gutersloch) fabrică maşini de spălat ; în R. S. Cehoslovacia, există unităţi mixte — agricole şi semiindustriale ; la Sofia, ateliere de mături etc.

Pentru alcoolicii fără familie şi fără lucru s-au creat instituţii — *staţionare* —, care pot interna pînă la 50 de bolnavi, sau *spitale de noapte,* pentru alcoolicii încadraţi în muncă dar cu dificultăţi locative şi familiale.

În Suedia, din spital se trece în sanatoriu, la Stockholm, de pildă, existînd 20 de astfel de instituţii ; s-au înfiinţat, de asemenea, dispensare antialcoolice pentru tratament ambulator.

Personalul afectat tratamentului antialcoolic cuprinde : psihiatri, medici generalişti, internişti, asistenţi sociali, psihologi şi, mai ales, surori medicale, secretare ; în Suedia, principalul grup profesional îl reprezintă asistenţii medicali, calificaţi sau necalificaţi în probleme de alcoologie.

Formarea personalului în problemele de combatere a alcoolismului are la bază programele analitice ale medicilor, psihiatrilor, asistenţilor sociali şi psihologilor ; oricum, înainte de a fi pus în contact cu alcoolicii, orice cadru absolvă un curs de cel puţin patru luni.

Programele de cură şi readaptare se referă şi la ajutorul acordat alcoolicilor pentru rezolvarea problemelor de mediu şi personale, luîndu-se legătura cu familiile, instituţiile de tutelă, poliţia, organismele de ajutor social. Pentru susţinerea moralului alcoolicilor este recunoscută necesitatea de a se asigura cît mai multe contacte directe (psihoterapie de relaţie).

Cura de dezgust, larg adoptată, foloseşte oral Antabuz şi, cu succes discutabil, implante de Antabuz. Chiar administrarea Antabuzului necesită însă, tot în scop psihoterapic, contacte frecvente cu personalul de îngrijire. *Tratamentul chimioterapic este mai uşor acceptat în condiţii ambulatorii decît în clinică.* Alcoolismul fiind o boală cronică, caracterizată prin recăderi, alcoolicul necesită un tratament îndelungat, într-un mediu protejat. Obiectivele urmărite sînt : abstinenţa, aptitudinea de a

Scanned with OKEN Scanner

găsi și păstra un serviciu și restructurarea obiceiurilor vieții cotidiene, într-un mediu social securizant. *Toate programele tratamentului clinic al alcoolismului comportă activitate ergoterapeutică,* mergînd de la ședințe de menaj, pînă la montaje de mașini. În unele locuri, bolnavii pot lucra în exterior și reveni la tratament seara, în cadrul staționarelor de noapte.

Tipurile și funcțiile cluburilor foștilor alcoolici — formulă tot mai răspîndită în Europa — variază foarte mult; dacă în Anglia se cunosc numeroase secții active de „Alcoolici anonimi", în Polonia, aceste cluburi sînt la începutul dezvoltării lor. Grupuri de întrajutorare a foștilor alcoolici se găsesc, de asemenea, în Suedia și Danemarca, acționînd adesea paralel cu tratamentul. Aceste cluburi oferă ajutor mutual în caz de recidive, posibilitatea de a căpăta un adăpost, activități diverse etc.

Educația și informarea față de problema alcoolismului sînt considerate componente esențiale ale programelor de prevenție. De obicei, există organisme naționale care se ocupă de educația sanitară, care oferă documentația necesară și difuziunea ei prin mijloace *mass-media.* În toate țările, instituțiile publice sînt cele care finanțează programele de propagandă antialcoolică.

Din perspectica profilaxiei, sînt de notat eforturile crescînde de informare asupra consecințelor abuzului de alcool; educația publicului, concomitent cu scăderea producției de băuturi cu concentrație mare de alcool (peste 30% — U.R.S.S.); o măsură aplicată în Suedia constă în limitarea orelor de vînzare a băuturilor alcoolice — între orele 11 și 19 — și restrîngerea vînzării în timpul duminicilor; măsuri asemănătoare, relativ recent adoptate și în țara noastră (397), se cer amplificate în conformitate cu Planul unic de educație sanitară.

În ultimele decenii, ca o consecință a creșterii consumului de alcool de către copii și tineret (293, 377), s-au luat în unele țări o serie de măsuri prohibitive pentru această categorie de populație (pînă la vîrsta de 18 ani) ca: interzicerea introducerii băuturilor alcoolice în unele instituții (cămine, cantine, unele localuri de alimentație publică etc.) și extinderea gamei de băuturi nealcoolizate și reconfortante.

În prezent, băuturile alcoolice sînt prohibite în Libia, Arabia Saudită, Yemen, Kuweit, unele regiuni din India (64).

Publicitatea pentru băuturi alcoolice este interzisă în Polonia, Costa Rica, Mexic, Suedia, Regatul Unit, Zambia; Cehoslovacia, Germania de Est, Ungaria, România, U.R.S.S. interzic consumul de alcool în timpul conducerii autovehiculelor. Finlanda, Grecia, Islanda, Norvegia, Olanda, Suedia, Iugoslavia interzic conducerea auto de către cei a căror alcoolemie depășește 0,5 g ‰ (292).

Prevenirea și combaterea alcoolismului, pe plan mondial, se bazează pe o propagandă privind limitarea consumului și convingerea subiecților să se supună tratamentului, reducîndu-se concomitent numărul internărilor obligatorii sau din oficiu. Programele alcătuite pe aceste principii permit unui număr mare de alcoolici să se reîntoarcă în familie și societate.

Se dezvoltă, de asemenea, instituțiile de postcură pentru prevenirea recăderilor. Rămîne însă să se găsească cele mai adecvate căi pentru alcoolicii necooperanți, pentru care se impun măsuri coercitive în instituții speciale. *Toți experții sînt de părere că alcoolismul trebuie abordat multidisciplinar și interdepartamental,* ca de altfel orice problemă de sănătate, în general, și sănătate mintală, în special. De aceea, în fiecare

Scanned with OKEN Scanner

țară, este necesară o strategie națională, care să se opună sporirii consumului de băuturi alcoolice; alături de măsuri care să îngreuieze procurarea lor, *este nevoie și de o susținută muncă de educație sanitară, începînd cu educația în școli și universități, asociată îmbunătățirii serviciilor sanitare și sociale* (379).

Tabagismul. Răspîndire, consecințe, măsuri de influențare

Tabagismul a cuprins, în ultimul timp în întreaga lume, chiar femeile și copiii încît *se poate vorbi de o adevărată pandemie tabagică* (57, 399, 400, 402). O anchetă în Franța, de pildă, a stabilit că 26% din copiii de 12—14 ani sînt fumători; 38% între 14 și 15 ani, 58% de 15—16 ani, 63% între 16 și 17 ani (399).

O nouă anchetă, efectuată în 1984, în Franța, semnalează aceeași creștere a tabagismului la tineri: 50,3% la elevii peste 16 ani (69,9% fete și 30.82 băieți), 82,24% începînd să fumeze înainte de 16 ani.

În Marea Britanie, dacă însă 43% din medici fumau în 1963, numărul lor s-a redus la 20% în 1978.

În tabelul III se poate urmări consumul de tutun pe cap de adult, pe an, în diferite țări (401).

Este știut, tabagismul se instalează pe structuri fragile și se asociază, de regulă, consumului de cafea și alcool, „în scop anxiolitic", putînd fi considerat semnul unor deficiențe educaționale, conflicte, dezadaptări, dizarmonii etc. Consecințele sînt, în general, cunoscute. Astfel, specialiștii, guvernele din multe state sînt alarmate și caută soluții pentru stăvilirea acestei epidemii, limitarea nocivității sale.

De mai multe ori în ultimii 20 de ani, Organizația Mondială a Sănătății a reunit specialiști pentru a examina situația, precizîndu-i amploarea și recomandînd guvernelor măsuri urgente. Un exemplu: Comitetul de experți O.M.S. pentru luptă antitabac, de la Geneva, a relevat convingător, în octombrie 1978, pe baza unor studii multicentrice, consecințele grave din punct de vedere medical și economic ale tabagismului.

După cum se știe, speranța de viață este mai redusă la fumători, mai ales la cei ce folosesc țigări fără filtru. Doll și Hill (Marea Britanie) au stabilit că 69,7% din nefumători la vîrsta de 35 de ani erau încă în viață la 70 de ani; dar numai 58,4 din fumători moderați (14 țigări/zi) și 46,2% din cei ce consumau un pachet pe zi (399).

Fumătorul își dublează riscul de deces înainte de 65 de ani, risc proporțional cu numărul țigărilor, vîrsta la care a început fumatul și gradul de inhalare a fumului. Mortalitatea accelerată la fumători este datorată emfizemului, cancerului pulmonar, bronșitei, cardiopatiei ischemice, arteritelor, neoplaziilor de buze, limbă, laringe, esofag, vezică. S-a constat că ulcerele gastroduodenale sînt de două ori mai frecvente la fumători. În Marea Britanie, anual cca 25 000 de decese după vîrsta de 65 de ani sînt imputabile consumului de tutun.

Ca și în cazul cancerului pulmonar, riscul de deces prin cardiopatie ischemică scade după încetarea fumatului; de asemenea, riscul recidivei mortale a infarctului se reduce la jumătate prin suprimarea acestui obicei. În Marea Britanie, între 1958 și 1971, mortalitatea generală a crescut cu 1/3 la femeile între 35 și 44 de ani; în aceeași perioadă, consumul de țigări a sporit cu 35% la această grupă de vîrstă, consum asociat pilulelor

Tabelul III

Consumul anual de tutun de către un adult, pe țări sau zone

Țara sau zona	Țigarete manufacturate (nr.)				Total produse tabagice (kg)			
	1935	1950	1965	1973	1935	1950	1965	1973
Africa de Sud	520	1 170	1 080	1 380	1,5	2,2	2,1	2,3
R. F. Germania	—	630	2 100	2 610	—	1,9	2,8	3,1
Argentina	1 060	1 460	1 660	1 940	2,0	2,1	2,0	2,2
Australia	450	1 280	2 680	3 080	1,8	2,9	3,4	3,4
Austria	860	1 100	1 930	2 550	1,7	1,5	2,2	2,7
Barbade	—	—	1 110	1 620	—	—	1,2	1,7
Belgia	790	1 240	1 980	2 730	3,2	2,8	3,5	3,9
Brazilia	600	1 140	1 220	1 490	2,5	2,6	2,1	2,0
Canada	700	1 790	3 310	3 450	2,2	3,4	4,6	4,5
Chile	—	—	1 220	1 320	—	—	1,1	1,4
Costa Rica	—	—	1 850	2 060	—	—	1,7	1,6
Danemarca	470	1 290	1 500	1 850	3,0	3,7	3,7	3,6
Salvador	—	—	750	1 020	—	—	1,7	1,5
Spania	390	430	1 760	2 260	1,6	1,4	2,0	2,5
S.U.A.	1 450	3 240	3 800	3 850	3,5	4,6	4,9	4,2
Finlanda	1 350	1 640	1 920	2 040	1,2	1,6	2,0	2,4
Franța	530	930	1 510	1 920	1,7	1,9	2,4	2,7
Ghana	—	—	480	480	—	—	0,5	0,6
Grecia	960	1 600	1 930	2 550	1,1	1,8	2,2	2,9
Hong Kong	—	—	3 310	2 780	—	—	3,1	2,5
India	—	100	180	170	—	0,9	0,8	0,6
Indonezia	—	—	—	230	—	—	—	0,8
Irlanda	1 210	2 510	2 690	3 340	2,0	3,1	3,0	3,1
Islanda	480	1 490	1 840	2 030	1,2	2,2	3,0	3,4
Italia	450	660	1 540	1 930	0,9	0,9	1,7	2,0
Jamaica	—	—	1 270	1 350	—	—	1,3	1,4
Japonia	880	1 220	2 350	3 240	1,4	1,4	2,4	3,3
Kenya	—	—	390	470	—	—	0,4	0,4
Malawi	—	—	150	200	—	—	0,1	0,2
Malaezia	—	—	1 440	1 600	—	—	1,4	1,5
Maroc	240	510	570	690	0,4	0,6	0,7	0,8
Maurice	—	—	1 610	1 920	—	—	1,3	1,5
Mexic	1 440	1 510	1 510	1 360	1,5	1,5	1,5	1,4
Nicaragua	—	—	1 140	1 520	—	—	1,0	1,2
Norvegia	300	510	520	640	1,4	1,9	2,1	2,4
Noua Zeelandă	530	1 420	2 280	2 510	2,0	3,3	3,4	3,2
Pakistan	—	—	450	760	—	—	1,7	1,7
Olanda	680	1 120	2 020	2 370	3,8	3,4	4,2	4,5
Portugalia	270	620	1 130	1 490	0,6	0,9	1,2	1,5
Marea Britanie	1 590	2 180	2 680	3 230	2,2	2,6	2,7	2,8
Sierra Leone	—	—	280	430	—	—	0,7	0,6
Singapore	—	—	2 380	2 490	—	—	2,7	2,9
Suedia	380	810	1 360	1 480	1,6	1,9	2,1	1,8
Elveția	540	1 500	3 050	3 370	2,1	2,7	4,1	4,3
Turcia	960	1 220	1 820	2 050	1,2	1,4	2,0	4,8
Venezuela	—	—	1 900	2 210	—	—	—	—

Scanned with OKEN Scanner

contraceptive. Se estimează că infarctul de miocard este de 20 de ori mai frecvent la femeile sub 50 de ani, care fumează cca 35 de țigări pe zi și folosesc contraceptive orale.

Un studiu amplu (46 000 de femei în perioada fertilă) a relevat că în cazul *folosirii contraceptivelor orale, mortalitatea prin maladii cardiovasculare era de cinci ori mai mare* și totodată proporțională cu durata utilizării contraceptivelor orale, vîrsta femeilor și *numărul țigărilor consumate*.

Fumatul favorizează bronșita și emfizemul pulmonar, independent de alți factori de risc, dar sinergic cu aceștia, mortalitatea prin pneumopatii obstructive cronice la nefumători reprezentînd doar 10% în comparație cu grupul fumătorilor.

Tutunul este dăunător și fătului ; s-a constatat, de exemplu, că greutatea la naștere a copiilor proveniți din mame fumătoare este inferioară cu cca 200 g. O anchetă întreprinsă pe un lot de 43 492 de copii, de către S. M. Garn, de la Universitatea Ann Arbor (Michigan), arată că fumatul în timpul sarcinii sporește riscul de avort și crește mortalitatea perinatală cu 28% (399).

Inhalarea involuntară a fumului de tutun este la fel de nocivă ca și fumatul propriu-zis, nocivitate condiționată de concentrația fumului, timp de expunere, ventilație, ca și de alți factori — oboseală, alcool etc.

Din punct de vedere economic, tabagismul reduce capacitatea de muncă și deci produsul național brut, urmare a frecvenței sporite a deceselor ce survin la fumători înainte de pensionare, afecțiunilor generatoare de incapacitate de muncă, absenteismului, mai multor îngrijiri medicale cu un cost care nu poate fi compensat prin taxe fiscale, dar și cheltuielilor mari pentru uscarea și prelucrarea tutunului, incendiilor cauzate de fumători, cheltuielilor pentru ventilarea interioarelor și — de ce nu ? — pentru educația sanitară.

În scopul îmbunătățirii stării de sănătate a populației, experții O.M.S. au formulat următoarele recomandări :

— *abstinența tabagică trebuie considerată un comportament social normal,* atitudine pentru care trebuie luate toate măsurile educative ;

— *interzicerea tuturor formelor de propagandă în favoarea fumatului ;*

— *aplicarea unor măsuri de descurajare a exportului de tutun și a produselor sale, precum și de reducere progresivă a culturii și industriei tutunului ;*

— *informarea guvernului asupra pericolului grav la care sînt expuși fumătorii din unele ramuri toxice ale industriei,* în vederea adoptării unor măsuri legislative menite să elimine fumatul fie și numai din aceste ramuri ;

— *obligativitatea menționării pe fiecare pachet de țigări și de tutun, a pericolului acestuia asupra sănătății* și specificării cantității de substanțe nocive conținute și degajate (aplicate cu oarecare succes în S.U.A., de exemplu) ;

— *educația sanitară adecvată împotriva fumatului.*

Majoritatea autorilor apreciază educația sanitară ca una din cele mai eficiente metode de influențare a tabagismului (401, 402), ca de altfel și a celorlalte toxicomanii. Mergînd pe ideea, acceptată în consens, pe mapamond, că *educația sanitară nu aparține exclusiv sectorului sanitar, ci se înscrie, în primul rînd, în obiectivele instructiv-educative ale învățămîn-*

Scanned with OKEN Scanner

tului și în cadrul programelor de dezvoltare socio-economică, concepția împărtășită și de statul român, Organizația Mondială a Sănătății a urmărit modul ei de aplicare în diferite țări, în vederea scăderii consumului de alcool, droguri și tutun.

În Franța, de exemplu, în 1976, s-a folosit pe scară națională, următoarea strategie : emisiuni TV, radio, afișe, pliante, concursuri cu premii, expoziții, conferințe, broșuri (tabelul IV).

Tabelul IV

Căi de propagandă contra tabagismului în Franța (1976)

	TV	Radio	Afișe	Pliante și afișe
Natura și nr. mesajelor	9 mesaje a 20 min.	18 mesaje a 20 min.	Afișe	Pliante
Difuzarea	87 emisiuni	350 emisiuni	100 amplasări	200 000 afișe și 2 milioane pliante
Canale de difuzare	2 canale	5 canale	afișaj anual în Paris	școli, cazărmi, farmacii, poștă, centre de telecomunicații, primării

Pe baza sondajelor s-a constatat : mesajele TV au fost recepționate de 90% adulți și tineri ; mesajele radio de 69% adulți și 55% tineri, iar cele prin afișe sau pliante, de 55% adulți și 60% tineri. O receptare cu rezultate semnificative : 56% dintre cei peste 18 ani au acceptat să fumeze o jumătate de pachet de țigări pe zi față de 51% înainte de campanie ; numărul tinerilor care au înțeles pericolul fumatului a crescut de la 33% la 40% ; vînzarea de tutun a scăzut, numai în anul 1976, cu 1,9% (ritmul anual fiind de 5% în ultimii 10 ani).

Chiar dacă avantajele unei campanii de educație sanitară nu sînt înregistrate imediat, ele nu vor întîrzia să apară, cu condiția să se persevereze și să se aloce fonduri proporțional cu importanța obiectivului urmărit. (Franța, de pildă, a alocat pentru educația sanitară 17 milioane de franci, în anul 1978, față de 1 milion franci, în 1975).

La tineri, metoda tradițională de luptă antitabagică, bazată pe frica de cancer sau a maladiilor cardiovasculare, este ineficace ; mai bune s-au dovedit metodele psihologice și mai ales exemplul personal.

Conduita suicidară. Frecvență, cauze, măsuri de influențare

Conceptul privind „conduita suicidară". Comportamentul autoagresiv sau conduita suicidară — termen general — se referă nu numai la sinucidere ci și la alte fenomene, care cuprind, gradat, trecerea de la gîndire la acțiune : *a*) idei de sinucidere (exprimate dar de foarte multe ori nemărturisite) ; *b*) amenințări cu sinuciderea ; *c*) veleități de sinucidere (în care actul de autoagresiune este doar schițat : zgîrieturi, ingestie de substanțe puțin nocive sau în cantitate prea mică) ; *d*) tentative de sinucidere (cazurile „ratate" fie datorită intervenției altor persoane, fie utilizării inadecvate a mijloacelor).

Scanned with OKEN Scanner

Definită într-un sens mai larg, sinuciderea se referă la orice acțiune, tendință, comportament de autoagresiune, incluzînd și așa-numita „sinucidere cronică" a toxicomanilor, alcoolicilor, a persoanelor cu anorexie mintală etc. În sens mai restrîns, sinuciderea este actul de autodistrugere globală, de suprimare bruscă a propriei vieți, în mod intenționat, voit, conștient și privind moartea ca un sfîrșit total (403). Definițiile restrictive exclud din sfera sinuciderii o serie de comportamente limitrofe : • autoagresiunile parțiale (automutilările, negativismul alimentar etc.) ; • pseudosinuciderile (sinuciderile involuntare, accidentale — moartea accidentală a celor cu stări confuzionale, comportamentele impulsive autoagresive ale bolnavilor cu demență, defenestrarea unor schizofreni avînd halucinații imperative etc.) ; • sinuciderile-șantaj (în care lipsește seriozitatea gestului) ; • comportamentul de sacrificiu (moartea privită ca un mijloc de „supraviețuire" eroică) ; • comportamentul de risc (subiectul, de asemenea, nu caută distrugerea, tinzînd spre triumf și depășire) etc. (404, 405). Unele comportamente autoagresive (ideile de sinucidere) pot fi întîlnite în limitele psihicului sănătos, în timp ce sinuciderile (definite în sens restrîns) sînt determinate, practic, întotdeauna de modificări psihopatologice (suicidul supranumit „rațional" este o eventualitate atît de rară, încît nu are importanță practică) (403, 404, 405, 406).

Principalele teze asupra determinismului sinuciderii. Pentru explicarea sinuciderii au fost formulate mai multe teze : ele se deosebesc, în primul rînd, prin modul în care răspund la întrebarea dacă actul de autodistrugere este un fenomen ce aparține normalului sau patologicului : *a) teza psihiatrică* (lansată de Esquirol și apărată de Delmas) susține că sinuciderea este întotdeauna consecința unei boli psihice. În ultimul timp, psihiatrii nu neagă eventualitatea unor acte autoagresive așa-zis normale, însă reduc sfera noțiunii de sinucidere numai la cazurile patologice (pe care le consideră sinucideri adevărate) și elimină din această sferă o serie de situații grupate sub denumirea de pseudosinucideri : • sinuciderile false, produse din „eroare" ; • sinuciderile false, din stările confuzo-demențiale ; • sinuciderile false „prin constrîngere" ; • sinuciderile false „eutanasice" (pentru a scăpa de durere sau de torturi) ; • sinuciderile false „etice" (din eroism) etc. Potrivit acestei concepții, „comportamentul suicidar adevărat este un act în care insul își „dorește moartea pentru moarte" (407) ; *b) teza sociologică* (elaborată de Durkheim) afirmă, dimpotrivă, că sinuciderea este determinată numai de factori sociali ; *c) tezele psihanalitice* ignoră, de asemenea, patologia mintală și se ocupă de mecanismele psihologice individuale, care intervin în actele suicidului ; psihanaliștii susțin că autoagresivitatea nu este decît o heteroagresivitate transformată, trecînd prin cele trei faze ale „sindromului presuicidar" — restrîngerea relațiilor cu oamenii, refularea agresiunii, fuga de real (408) ; *d) tezele genetice* consideră că impulsiunea către suicid este ereditară (Michaux subliniază că nu suicidul este ereditar, ci doar unele afecțiuni psihice, iar P. Schneider arată că pînă astăzi nu s-a adus nici o probă sigură despre rolul dominant al eredității în actul de autodistrugere) ; *e) tezele sintetice,* prin care punctele divergente din diferite teze pot fi utilizate într-o înțelegere multidimensională a actului suicidar, acordînd atenție atît factorilor psihiatrici, cît și celor genetici, sociologici și psihologici.

Date epidemiologice. În interpretarea datelor epidemiologice trebuie să se țină seama de limitele actuale ale metodei : lipsa unui concept (a

unei definiții) unanim acceptat de specialiști și dificultățile de înregistrare a cazurilor (unele sinucideri sînt camuflate sub diferite accidente, iar unele accidente sînt luate drept sinucideri etc.). Trecînd peste aceste considerente, conduita suicidară constituie una din problemele principale de patologie mintală, pentru că și cele mai precaute aprecieri semnalează zilnic, în lume, mai mult de 100 de sinucideri (409, 410).

Un amplu studiu, inițial de O.M.S. (406, 410), a relevat, în țările europene, că sinuciderea ocupă locul 5—10 pe lista cauzelor de deces (tabelul V). Începînd cu anii '60, în toate statele se constată o creștere constantă a frecvenței sinuciderilor, cu excepția Angliei, Țării Galilor și Greciei. După cum se poate urmări în tabelul VI, proporția cea mai mare s-a înregistrat în Ungaria (1981).

Tabelul V

Decese prin suicid în regiunea europeană a Organizației Mondiale a Sănătății

Țara	Anul	Bărbați			Femei		Total
		Nr.	Nr. / 100 000	Nr.	Nr. / 100 000	Nr.	Nr. / 100 000
R. F. Germania	1980	8 332	28,3	4 536	14,1	12 868	20,9
Austria	1980	1 342	37,8	590	14,9	1 932	25,7
Belgia	1977	1 201	25,0	673	13,4	1 874	19,1
Bulgaria	1980	842	19,1	364	8,2	1 206	13,6
Danemarca	1980	1 039	41,1	579	22,3	1 618	31,6
Spania	1978	1 094	6,1	413	2,2	1 507	4,1
Finlanda	1978	963	41,9	237	9,7	1 200	25,2
Franța	1978	6 447	24,7	2 711	10,0	9 158	17,2
Grecia	1979	186	4,0	91	1,9	277	2,9
Ungaria	1980	3 344	64,5	1 465	26,5	4 809	44,9
Irlanda	1978	106	6,4	57	3,5	163	4,9
Islanda	1980	14	12,2	10	8,8	24	10,5
Italia	1978	2 563	9,3	1 092	3,8	3 657	6,5
Luxemburg	1980	35	19,7	12	6,5	47	12,9
Malta	1977	0	—	—	—	—	—
Norvegia	1980	370	18,3	137	6,6	507	12,4
Olanda	1980	901	12,8	529	7,4	1 430	10,1
Polonia	1979	3 766	21,8	732	4,0	4 498	12,7
Portugalia	1979	701	15,0	251	4,8	952	9,7
Marea Britanie și Țara Galilor	1980	2 629	11,0	1 692	6,7	4 321	8,8
Scoția	1981	339	13,6	177	6,6	516	10,0
Irlanda de Nord	1978	38	5,0	32	4,1	70	4,5
Suedia	1980	1 137	27,6	473	11,3	1 610	19,4
Elveția	1980	1 128	36,7	493	15,2	1 621	25,7
Cehoslovacia	1975	2 345	32,5	896	11,8	3 241	21,9

În ultimii ani s-a constatat creșterea numărului sinuciderilor la femei și copii (411, 412, 413, 414, 415). În Danemarca, Suedia, Elveția, Franța, sinuciderea ocupă locul al 6-lea pe lista cauzelor de deces; în Finlanda și Germania, locul al 7-lea, iar în S.U.A. și Canada, este a 10-a cauză majoră a exitusului (391). În U.S.A. se înregistrează cca 20 000 de sinucideri în fiecare an (391), în Franța, 7 000 (416), iar în R. F. Germania, cifra este cu puțin mai mică decît cea a deceselor prin accidente de circulație (417). Problema epidemiologiei sinuciderilor în țara noastră a fost abordată, pînă în prezent, în două lucrări, care se referă la populația capitalei: una, efectuată de T. Vasiliu în 1939 (418), și alta, de un co-

Tabelul VI

Variațiile procentuale ale numărului brut de sinucideri la 100 000 subiecți din 18 țări pe sexe (media între 1961 și 1963 în raport cu media între 1975 și 1977

Țara	Bărbați			Femei			Total bărbați și femei		
	Media 1961—1963	Media 1975—1977	Variații	Media 1961—1963	Media 1975—1977	Variații	Media 1961—1963	Media 1975—1977	Variații
R. F. Germania	25,46	29,03	+14,02	12,94	15,10	+ 16,69	18,85	21,77	+ 15,49
Austria	31,77	34,47	+ 8,50	13,42	14,07	+4,84	25,88	23,70	+ 8,32
Belgia	20,39	22,73	+11,48	8,06	12,10	+ 50,12	14,10	17,30	+ 22,70
Danemarca	24,33	30,33	+24,66	12,43	17,97	+ 44,57	18,33	24,10	+ 31,48
Finlanda	33,30	41,63	+25,02	8,96	10,43	+ 16,41	20,70	25,53	+ 23,33
Franța	23,80	23,03	— 3,32	7,63	9,30	+ 21,89	15,50	16,03	— 3,42
Grecia	5,05	4,00	— 20,79	2,79	1,97	— 26,77	3,84	2,97	— 22,66
Ungaria	36,45	56,57	+55,20	15,65	23,97	+ 53,16	25,69	39,77	+ 54,81
Irlanda	3,84	6,83	+77,86	1,11	3,17	+185,59	2,48	5,00	+101,61
Italia	7,70	6,20	+ 6,49	3,27	3,53	+ 7,95	5,44	5,83	+ 7,17
Norvegia	11,66	15,70	+34,65	3,40	5,70	+ 67,65	7,51	10,70	— 42,48
Suedia	8,13	11,40	+40,22	4,86	6,97	+ 42,42	6,49	9,17	+ 41,29
Polonia	14,73	20,33	+38,02	3,29	3,93	+ 19,45	8,83	11,93	+ 35,11
Marea Britanie și Țara Galilor	14,15	9,57	— 32,37	9,58	6,07	— 36,64	11,79	7,77	— 34,10
Scoția	11,09	9,57	— 13,71	6,13	6,87	+ 12,07	8,51	8,20	— 3,64
Suedia	26,78	27,53	+ 2,70	9,18	11,27	+ 22,77	17,96	19,30	+ 7,63
Elveția	26,42	32,87	+24,41	10,22	13,27	+ 29,84	18,09	22,83	+ 26,20
Cehoslovacia	29,78			12,36			20,86		

Scanned with OKEN Scanner

lectiv de la Institutul de neurologie și psihiatrie, în 1974—1975. Ultimul studiu semnalează o frecvență a sinuciderilor de 14 la 100 000 pentru populația municipiului București, cu implicarea bolilor mintale în proporție de 100%. Deși numărul sinuciderilor, comparativ cu orașele cu aceeași populație din alte țări este mai mic, problema merită totuși atenție, în vederea instituirii unor măsuri de prevenire.

Dacă numărul sinuciderilor izbutite este oarecum cunoscut, fiind înregistrat oficial de autorități, cel al tentativelor, în schimb, rămîne necunoscut, cifrele variind de la un autor la altul; după unii, *fiecărei sinucideri reușite îi corespund 5—6 tentative, iar după alții, 6—8 sau 10—15* (419).

Studiile epidemiologice evidențiază că frecvența sinuciderilor depinde de mai mulți factori: *a*) *sexul* — sinuciderile reușite sînt mai frecvente la bărbați, iar tentativele mai dese la femei (în medie se sinucid 30 de femei, la 100 de bărbați); *b*) *vîrsta* — toate statisticile relevă frecvența mai mare la persoanele vîrstnice; mai mult de o treime din sinucideri survin după 60 de ani, fenomen explicat prin frecvența crescută a bolilor somatice și psihice, a situațiilor psihotraumatizante, legate de decesul partenerului, al rudelor și prietenilor, izolării și „șocului retragerii", consecutiv întreruperii activității profesionale și pierderii unor roluri importante social etc.; în ultimul timp, se semnalează creșterea numărului sinuciderilor în rîndul tineretului; *c*) *mediul* — mai mare în mediul urban; *d*) *religia* — în țările cu religie predominant catolică se înregistrează, în general, mai puține sinucideri; *e*) *rasa:* procentul este mic la negri. În centrele urbane ale S.U.A., însă, sinuciderile la negri sînt tot atît de dese ca și în rîndul populației albe; *f*) *constituția* — predominența tipului leptosom astenic, care recurge mai frecvent la strangulare, pe cînd tipul picnic preferă submersia și substanțele toxice; *g*) *starea civilă* — mai puțin frecvente la cei căsătoriți și avînd copii, față de cei necăsătoriți, văduvi sau divorțați; *h*) *anotimpul* — cele mai multe cazuri se înregistrează la sfîrșitul primăverii și începutul verii, fenomen explicat de unii prin acțiunea căldurii și a altor factori fizici asupra sistemului nervos, iar de alții, prin factori sociali, activitate mai intensă, durata zilei mai mare etc. Zilele săptămînii în care se produc cele mai multe sinucideri sînt duminica și lunea, urmare — probabil — a consumului de alcool, reacțiilor depresive de natură erotică etc. Sînt preferate orele dimineții și serii (417); *i*) *profesia* — în S.U.A., procentul este mai mic la intelectuali și la muncitorii cu înaltă calificare, pe cînd în Europa, s-a constatat un număr mare la unele grupuri profesionale (de exemplu, la medici); j) *alți factori:* meteorologici (mai frecvente în regiunile cu variații mari ale presiunii atmosferice); dezrădăcinarea (mai dese la emigranți) (tabelul VII); endocrini (incidența crescută înainte și în timpul menstrelor); economici (mai frecvente în timpul crizelor economice, dar mai rare în timp de război) etc.

Cauze și risc în conduita autoagresivă. Analiza motivării actului suicidar este dificilă. În cazul finalizării, aceasta se bazează pe declarațiile martorilor, grevate de o componentă importantă de subiectivism, și pe eventualele scrisori — concepute în situații critice. Din această cauză, specialiștii încearcă să descifreze motivația actului prin metode deductive, să facă o „autopsiere psihologică", de multe ori fantezistă (420).

Tabelul VII

Numărul sinucigașilor în 1959 la 100 000 de imigranți în S.U.A., proveniți din 11 țări

Țara	A	B	Clasament prin ordin de mărime după A	Clasament prin ordin de mărime după B
	Nr. sinucideri la 100 000 imigranți în S.U.A.	Nr. sinucideri la 100 000 în țările de origine		
R. F. Germania	25,7	18,7	4	3
Marea Britanie și Țara Galilor	19,2	11,5	7	5
Austria	32,5	24,8	2	2
Canada	17,5	7,4	9	8
Irlanda	9,8	2,5	10	10
Italia	18,2	6,2	8	9
Mexic	7,9	2,1	11	11
Norvegia	23,7	7,8	6	7
Polonia	25,2	8,0	5	6
Suedia	34,2	18,1	1	4
Cehoslovacia	31,5	24,9	3	1

Cauzele pot fi cunoscute numai pe baza discuțiilor cu autorii tentativelor de sinucidere, discuții care necesită experiență, răbdare și tact, întrucît motivele reale nu sînt dezvăluite cu ușurință (421).

V. Mayer, încă din 1901, se referă la o dispoziție generală la suicid, finalizată prin apariția unor tulburări concrete, iar Gaupp (422) deosebește cauzele de motive, cauzele fiind considerate cu rol activator (totdeauna necunoscute), iar motivele, cu rol declanșator (conștiente).

Gruhle și Weitbrecht (423, 424) apreciază că, în multe cazuri, nu se poate preciza dacă este vorba de un impuls întîmplător sau de o dispoziție mai veche, întrucît, în general, „nu cunoaștem decît ultimele manifestări ale unui act pregătit, uneori, o viață întreagă".

Cercetările din ultimele decenii s-au orientat spre delimitarea criteriilor în evaluarea riscului autoagresiv. Dar și o asemenea apreciere este dificilă, deoarece sinuciderea poate fi întîlnită la toate categoriile de afecțiuni psihice : psihoze endogene, reactive, organice ; nevroze ; psihopatii ; demențe ; epilepsie ; alcoolism ; toxicomanie etc. Generalizînd, orice bolnav psihic poate fi socotit candidat la sinucidere, astfel încît psihiatrul este cel care trebuie să știe cazurile care necesită observație sporită. Aprecierea riscului de autoagresiune se bazează pe anamneza atentă și pe investigația somato-psihică completă. Cu toate că „nu există un criteriu absolut, care să permită să se afirme că un anumit bolnav se va sinucide sau nu" (425), totuși s-au definit unele elemente care indică riscul suicidar : 1) *predispoziția ereditară* (sinucideri sau tentative de sinucidere în familie) ; afecțiuni psihice la rude (în primul rînd, psihoze maniaco-depresive sau psihoze schizofrene) ; 2) *afecțiuni somatice sau psihice :* • tentativă de suicid anterioară, mai ales una recentă ; • depresie sau boală psihică anterioară (periodicitate) ; • exprimarea intenției suicidare prin cuvinte, acte, comportament ; • amenințare de autoliză prin scrisoare de adio etc. ; • existența unui plan, a unui proiect suicidar ; • alegerea unei metode violente de autodistrugere ; • tipul depresiei (depresia psihotică prezintă cel mai mare risc) ; • începutul sau sfîrșitul („coada") fazelor depresive ; • fluctuațiile curbei depresive ; • tipul de personalitate (personalități senzitive, timide, ambițioase, rigide), abuzul de me-

dicamente și toxicomania ; • boală somatică gravă, incurabilă, dureroasă ; • boală „rușinoasă", venerică (lues etc.) ; • intervențiile chirurgicale recente ; • homosexualitatea ; • ipohondria ; 3) *vîrsta :* vîrstă înaintată (peste 45—50 de ani) ; 4) *sexul masculin ;* 5) *sezonul :* sfîrșitul primăverii sau începutul verii ; 6) *situații existențiale :* • domiciliul într-un oraș mare ; • cazuri de sinucidere în grupul social în care trăiesc (prieteni, colegi de serviciu, vecini etc.) ; • pubertatea, climacteriul, puerperiul ; • perioade menstruale ; • celibatul ; • divorțul în curs sau după ; • văduvia ; • neînțelegerile conjugale, asociate cu lipsa copiilor ; • doliul (pierderea unor ființe dragi) ; • abandonul ; • izolarea și singurătatea ; • dezrădăcinarea (emigrarea) ; • sarcină nelegitimă ; • eșecul școlar sau profesional ; • dificultăți cu justiția (cercetare penală etc.) ; • lipsa unei activități sistematice, lipsa serviciului ; • schimbarea impusă a locului de muncă ; • lipsa impusă de activitate, pensionare impusă (mai ales în primii doi ani) ; • decesul părinților în copilărie ; • familie disociată în copilărie (părinți divorțați, separați etc.) ; • inadaptarea cronică ; • traiectorie existențială cu un lung șir de traume și eșecuri ; • grijile financiare, pierderea unor surse de venituri sau bunuri ; • suprasolicitare ; • testament efectuat.

Analiza tabloului psihopatologic poate evidenția, de asemenea, un grup de simptome care, intensificate, indică un risc important suicidar. 1) *Dinamica somnului :* • insomnie de lungă durată ; • insomnie predominant în a doua parte a nopții ; • vise cu caracter autodistructiv sau alodistructiv ; 2) *Afectivitatea :* • rigiditate afectivă ; • depresie accentuată dimineața ; 3) *Ideația :* • idei de inutilitate, sentimentul de a nu mai fi de folos la nimic și nimănui ; • idei de vinovăție, autoreproșuri ; • idei de inferioritate ; • de autoacuzare ; • ipohondrice, delir somatic ; • fobie de îmbolnăvire psihică, de a se da în spectacol, de a face rău cuiva etc ; 4) *Comportamentul :* • inhibiție psihomotorie, agitație anxioasă intensă, pierderea inițiativei și a interesului pentru activitate ; • anorexie, scăderea în greutate ; • inhibiție sexuală ; • sila de a vorbi de simptomele sale ; • insensibilitate la influența mediului ; • halucinații imperative etc.

Se apreciază că riscul de sinucidere este superior la persoanele cu mai multe elemente din grupele de factori menționați. Alți autori folosesc însă ca element de referință un număr mult mai mic de factori ; de exemplu, Slater și Roth (426), pentru estimarea riscului de sinucidere, au propus o listă de 12 factori, considerînd că există un risc de autoagresiune dacă întîlnim la același bolnav fie și numai doi factori ; riscul este „serios" cînd sînt decelați mai mult de doi factori : 1) depresia cu sentimente de vinovăție, autoacuzare, autodepreciere, idei nihiliste și o mare inhibiție psihomotrie ; 2) insomnia severă ; 3) preocupările ipohondrice severe, asociate cu o convingere delirantă a existenței unor afecțiuni somatice (neoplasm, boală venerică, boală cardiacă etc.) ; 4) tentativa de sinucidere anterioară ; 5) sexul masculin și vîrsta peste 55 de ani ; 6) alcoolismul sau toxicomania ; 7) prezența unei infirmități, a unei afecțiuni dureroase sau grave (la o persoană care pînă atunci fusese activă, energică, robustă) ; 8) izolarea socială și atitudinea lipsită de înțelegere a rudelor (reală sau exagerată de pacient) ; 9) preocupările autolitice ; 10) antecedentele suicidare în familie ; 11) lipsa serviciului și dificultățile financiare (în sensul declinului, al decăderii bruște) ; 12) faza finală a depresiei (cînd starea depresivă persistă, dar insul a dobîndit inițiativa și capacitatea de decizie).

Scanned with OKEN Scanner

Asemenea lui Lauriers (417), subliniem că diagnosticul de psihoză depresivă (melancolie) implică, de obicei, instituirea de urgență a unui tratament supravegheat, deoarece riscul suicidar face parte integrantă din această afecțiune. În alte boli mintale, „există o bună parte de subiectivitate în aprecierea riscului de sinucidere" (417); evaluarea intensității depresiei și a altor simptome, prezența sau absența factorilor amintiți permit însă medicului decizii adecvate, nuanțate în funcție de situație.

Asistența în autoagresiune nu este numai de ordin medical. Inițial, se urmărește rezolvarea simptomatologiei de prim plan, în cadrul secțiilor de reanimare, chirurgie, medicină internă. După rezolvarea urgenței medico-chirurgicale, este necesară intervenția psihiatrului, întrucît „tentativa de sinucidere nu trebuie considerată un diagnostic, ci un simptom" (391). Clarificarea diagnosticului reprezintă un pas înainte în instituirea tratamentului și prevenirea recidivelor. Momentul externării diferă de la caz la caz, în funcție de numeroși factori (starea sănătății mintale, condițiile materiale, atmosfera în familie și la locul de muncă, nivelul cultural al subiectului etc.). Faptul că subiectul s-a folosit de mijloace insuficiente nu reprezintă un argument sigur pentru aprecierea simulării, deoarece mulți ignoră sau subapreciază concentrația toxică a unor substanțe. *Fiecare tentativă de sinucidere este, în fond, un strigăt după ajutor*. Omul, ca unicat, trebuie înțeles numai în contextul trăirilor sale, o înțelegere ce se poate realiza numai pe baza unei anamneze amănunțite, în cadrul unor convorbiri repetate cu subiectul, familia și anturajul său. Prima convorbire reprezintă și prima acțiune psihoterapeutică. Aceasta va fi urmată de altele; medicul se va feri să facă aprecieri, va asculta mai curînd decît să întrebe, se va strădui să înțeleagă fără să contrarieze (427). Nu toți autorii tentativelor trebuie internați în secții de psihiatrie, dar *decizia aparține exclusiv psihiatrului*. Concomitent cu tratamentul, trebuie abordate și problemele externe (economice, juridice, sociale), în care un rol important îl joacă lucrătorul social (428).

Autorul actului de autoagresiune trebuie să aibă acces medical mai ușor și o primire mai caldă; să beneficieze de un sprijin social, juridic, medical și spiritual calificat (428).

Profilaxia autoagresiunii

În problema sinuciderilor și a altor comportamente autoagresive, există mai multe opinii, și anume: *a*) unii consideră că măsurile de prevenire nu-și ating scopul, deoarece, pe de o parte, aceste măsuri sporesc preocuparea bolnavului pentru realizarea actului și, pe de altă parte, bolnavul nu recurge, de obicei, la sinucidere în faza de depresie netă, cînd se află sub observația psihiatrului, ci înainte de a ajunge la medic sau după externare; *b*) alții susțin că profilaxia sinuciderii este posibilă, în foarte multe cazuri, printr-un front comun de luptă activă — al tuturor medicilor, educatorilor, profesorilor, psihologilor, juriștilor, economiștilor etc. (429, 430, 431). După Litman, eforturile de organizare a prevenirii actelor de autoagresiune se bazează pe următoarele trei observații: sinuciderile survin frecvent în situații dificile („crize"), care pot fi totuși învinse dacă bolnavii sînt ajutați chiar în timpul crizei; insul simte nevoia comunicării cu altul; sinucigașul, o ființă ambivalentă, dorește să moară, dar, în același timp, să supraviețuiască. Profilaxia este facilitată, într-o oarecare măsură, de faptul că sinucigașul avertizează frecvent an-

Scanned with OKEN Scanner

turajul despre intențiile sale (în mod direct sau indirect). Statisticile au arătat că aproximativ 40% dintre sinucigași și 60% dintre cei cu tentative autolitice se aflau sub tratament medical și fuseseră, deci, văzuți recent de medic (432). Concluzia ? Rolul deosebit al medicilor de diverse specialități — nu numai al psihiatrului — și al medicilor de medicină generală în prevenirea sinuciderilor. Profilaxia activă a cazurilor cu risc crescut suicidar constă în supravegherea lor permanentă, atitudinea corectă și eficace nefiind însă simpla pază (percepută de bolnavi ca un fel de „spionaj", care le mărește anxietatea), ci realizarea unui climat de încredere „ce constituie nu numai un mijloc de a evita tentativa, ci chiar un veritabil tratament al ideii de sinucidere" (432). De aceeași părere este și Kielholz, care consideră *„cea mai bună profilaxie a suicidului contactul solid între depresiv și medicul curant"* (433).

Problema prevenirii comportamentelor suicidare în colectivitate depășește cu mult sfera de acțiune a medicinii. Astfel, în unele țări, se organizează servicii specializate de prevenire a comportamentelor suicidare. Aceste centre pun la dispoziția populației, a persoanelor cu diferite dificultăți existențiale servicii telefonice permanente, la care au posibilitatea de a apela fie după ce au făcut o tentativă de sinucidere, fie de cîte ori simt nevoia să comunice cu alte persoane. Rezultatele nu sînt, totuși, încurajatoare ; nu s-a înregistrat reducerea procentului de acte autoagresive ; „cei care apelează la astfel de servicii — se pare — nu constituie centrul problemei sinuciderilor". S-a dovedit mult mai eficient cînd „fiecare spital psihiatric acordă facilități", permițînd unor astfel de persoane să primească imediat ajutor (391). Motiv pentru care, în pofida amplasării sale, prevenirea suicidului trebuie să facă parte din programul de profilaxie a tuturor bolilor psihice sau din programele care vizează grupele mai expuse : persoane vîrstnice, alcoolici, adolescenți etc. Ea se integrează în programul de apărare a sănătății mintale, pentru că „orice acțiune în favoarea sănătății mintale contribuie la prevenirea suicidului" (406, 410, 433, 434).

Vîrsta înaintată și sănătatea psihică. Șocul retragerii. Măsuri de reintegrare

Vîrsta înaintată — așa cum se înregistrează în majoritatea cercetărilor epidemiologice —, reprezintă al doilea croșet important de morbiditate prin boli psihice (390, 435, 436, 437, 438, 449), necesitînd metodologii de studiu și acțiune diferențiate. Morbiditatea prin boli psihice crește după vîrsta de 50 de ani, riscul de îmbolnăvire sporind abrupt după 70 de ani, mai ales datorită bolilor organice cerebrale, accidentelor vasculare. Huel apreciază că gerontopsihiatria, ramură distinctă a psihiatriei ultimelor decenii, cuprinde problematica psihiatrică a vîrstei a treia, corespunzătoare perioadei de după 65 de ani (citat după C. Müller).

Perioada de senescență (îmbătrînire) a fost subîmpărțită de Runge (439) în trei etape : *c*) climacteriul (transformarea organelor generatoare) ; *b*) involuția (instalarea treptată a fenomenelor de regresiune date de vîrstă) ; *c*) bătrînețea (fenomenele de regresiune ating punctul maxim de patologie presenilă — 50—65 de ani — și senilă — după această vîrstă) (Urechia) (440).

Scanned with OKEN Scanner

Ca și Eitner (441), susținem că sînt greu de diferențiat net manifestările patologice de cele fiziologice ale îmbătrînirii ; îmbătrînirea ca atare reprezintă un proces natural, legat de destinul omului (proces deci nepatologic). Evoluția și ritmul acestui proces, sub influența unor factori nocivi (psihici, fizici, somatici), pot fi precipitate și în acest caz îmbracă aspectul unei senescențe patologice, pe care C. I. Parhon (442) o deosebea de cea fiziologică.

Datele demografice din ultimele decenii evidențiază creșterea relativă și absolută a proporției și numărului persoanelor vîrstnice, fenomen cunoscut sub denumirea de îmbătrînire demografică a populației.

C. Müller și colab. (433) apreciază că durata medie de viață a sporit, de la începutul secolului nostru, cu aproximativ 20 de ani ; aceasta se datorește, în principal, diminuării mortalității infantile și nu scăderii mortalității după vîrsta de 65 de ani. Diferența între indicii demografici din țările cu nivel economic ridicat și cei din țările subdezvoltate are drept cauză, în prima grupă de țări, diminuarea natalității și a mortalității infantile, care generează fenomenul de îmbătrînire a populației ; țările subdezvoltate, în care mortalitatea infantilă scade mai puțin, în timp ce natalitatea crește constant, au o populație relativ tînără (444) (tabelul VIII și IX).

Tabelul VIII

Sporul natural în unele țări din Europa, în anii 1938, 1960, 1970 și 1981 la 1 000 de locuitori

Țări	1938	1960	1970	1981
Albania	16,9	32,9	27,8	21,6[1]
Austria	0,1	5,2	1,8	0,2
Belgia	2,8	4,5	2,4	1,5
Bulgaria	9,1	9,7	7,2	3,0
Cehoslovacia	3,2[2]	6,7	4,3	3,8
Danemarca[3]	7,8	7,1	4,6	0,6
Finlanda	8,2	9,5	4,4	4,1
Franța	1,2	6,5	6,0	4,6
R. D. Germană	6,1	3,4	2,0	0,3
R. F. Germania	8,4	6,4	1,3	1,6
Grecia	12,9[4]	11,6	8,0	6,3[8]
Italia	9,7[5]	8,6	7,1	1,4
Iugoslavia	11,6[6]	13,6	8,9	7,7
Norvegia	5,5	8,2	6,6	2,9
Olanda	12,0	13,1	9,9	4,4
Polonia	11,2[7]	15,0	8,5	9,7
Portugalia	11,2	13,4	9,2	6,4[8]
Regatul unit	3,7	6,0	4,5	1,3
R. S. România	10,4	10,4	11,6	3,9[9]
Spania	0,8	13,0	11,3	6,5
Suedia	3,4	3,7	3,8	0,2
Ungaria	5,7	4,5	3,1	0,2
U.R.S.S.	20,0	17,8	9,2	8,4

1. 1976 ; 2. 1937 ; 3. Fără insulele Feröe și Groenlanda ; 4. Fără Dodecanez ; 5. Teritoriu dinainte de război ; 6. 1939 ; 7. Media anilor 1936—1938 ; 8. 1980 ; 9. 1983

În Franța anului 1850, populația de peste 65 de ani reprezenta 6,5% ; un secol mai tîrziu era de 13% iar în 1980, de 13,9% (436).

Tabelul IX

Durata medie a vieţii în unele ţări din Europa

Ţări	Anii	Bărbaţi	Femei
Austria	1980	68,97	76,15
Bulgaria	1974—1976	68,70	73,90
Cehoslovacia	1981	66,9	74,10
Danemarca	1979—1980	71,20	77,30
Finlanda	1980	69,16	77,58
Franţa	1978—1980	70,05	78,20
R. D. Germană	1980	68,70	74,60
R. F. Germania	1978—1980	69,60	76,35
Grecia	1975—1980	72,8	
Ungaria	1980	66,0	73,20
Italia	1974—1977	69,69	75,91
Olanda	1979	72,40	78,90
Norvegia	1979—1980	72,25	79,00
Polonia	1980	66,00	74,40
Portugalia	1975	65,09	72,86
R. S. România	1976—1978	67,42	72,18
Spania	1975	70,41	76,21
Suedia	1980	72,76	78,81
Elveţia	1968—1973	70,29	76,22
Regatul Unit	1975—1980	72,3	
Iugoslavia	1970—1972	65,42	70,22
U.R.S.S.	1971—1972	64,00	74,00

Populaţia peste 60 de ani a Franţei a reprezentat 17,1% în 1980 şi 17,6% în 1982; procentul celor mai în vîrstă de 75 de ani era de 4,3 în 1960 şi 6 în 1982; numărul persoanelor trecute de 85 de ani era de 305 000 în 1961 şi de 620 000 în 1982 (435).

Prognosticul cu privire la creşterea populaţiei europene de vîrstă înaintată, estimat de Gould, care, pornind de la *numărul bătrînilor incapabili de muncă*, raportat la totalitatea populaţiei active — 17% în anul 1961 —, apreciază procentul lor la 26 în 1991, 27 în 2001, 20 în 2011, 26 în 2021, 25 în 2031. Referitor la aceste date, o serie de autori consideră că proporţia persoanelor vîrstnice se va stabiliza la 25%.

După cum rezultă din tabelul X proporţia populaţiei vîrstnice în Africa, America Latină, Asia, este mai mică şi va continua să rămînă scăzută (5—7%) în favoarea populaţiei tinere (444), infirmîndu-se previziunile ponderii exagerate a vîrstnicilor, „spectrul gerontocraţiei" (436).

În ţara noastră, din studiul întreprins de Roman Cresin (445), reiese că în 1931, efectivul vîrstnicilor era de 7,4%, iar în 1970, de 13,4% din totalul populaţiei; autorul estima că, în structura populaţiei anului 2000, vîrstnicii între 60 şi 79 de ani vor reprezenta 14,9%, iar grupa populaţiei de 80 de ani şi peste vor avea o pondere de 1,8%. Roman Cresin împarte ultima grupă de vîrstă (60 de ani, vîrsta medie a pensionării şi peste) în: „persoane vîrstnice, în majoritatea cazurilor încă active" — de 60—75 de ani — şi persoane bătrîne — peste 75 de ani.

Dintre numeroasele consecinţe sociale, economice şi culturale ale fenomenului de îmbătrînire demografică, menţionăm o serie de implicaţii medicale, mai importantă fiind creşterea morbidităţii; astfel, fac-

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul X

Structura populației pe grupe de vîrstă în principalele regiuni O.N.U., în anul 1980 și în perspectiva anului 2000
(în procente față de total)

Principalele regiuni O.N.U.	Anii	Total	Sub 15 ani	15 — 64 ani	65 și peste
Total mondial din care	1980 2000	100.0 100.0	35,1 30,7	59,0 62,7	5.9 6,6
Țări dezvoltate	1980 2000	100.0 100.0	23,1 22,9	65,6 64,0	11,3 13,1
Țări în curs de dezvoltare	1980 2000	100.0 100.0	39,2 33,3	56,8 61,8	4,0 4,9
Africa	1980 2000	100.0 100.0	44,8 43,9	52,2 54,4	3,0 3,2
America Latină	1980 2000	100.0 100.0	39,7 34,7	56,0 60,4	4,3 4,9
America de Nord	1980 2000	100.0 100.0	22,9 21,9	66,6 67,0	10,5 11,1
Asia de Est*	1980 2000	100.0 100.0	32,7 24,1	61,5 68,5	5.8 7,8
Asia de Sud*	1980 2000	100.0 100.0	41,1 34,1	55,8 61,8	3,1 4,1
Europa*	1980 2000	100.0 100.0	22,3 19,3	64,7 66,2	13.0 14,5
Oceania	1980 2000	100.0 100.0	29,5 26,2	62,6 64,9	7,9 8,9
U.R.S.S.	1980 2000	100.0 100.0	24,3 23,8	65,8 64,2	9,9 12,0

* Exclusiv U.R.S.S.

torului demografic i se adaugă factorul epidemiologic. Prevalența reală a bolilor psihice în această perioadă a existenței este greu de calculat. Un grup de experți (446), de pildă, relevă o insuficiență de date pe plan mondial, cele existente reieșind mai mult din evidențele pasive ale spitalelor, serviciilor ambulatorii și semiambulatorii ; *cca 20% dintre bolnavii internați în spitalele de psihiatrie din țările dezvoltate au peste 65 de ani.* Se dau limite între 10,6 și 26,1%, pentru spitalele de psihiatrie, și între 7,3 și 16,2%, pentru secțiile de psihiatrie ale spitalelor de medicină generală. Un studiu efectuat la Stockholm a evidențiat faptul că numărul paturilor ocupate de pacienți cu demență senilă și ateroscleroză s-a triplat între anii 1948 și 1975. Un aspect asemănător se observă în cazul afecțiunilor psihice acute, în condițiile în care multe cazuri scapă evidenței psihiatrice, fiind rezolvate în alte secții (447).

Studiul efectuat de Predescu și colab. în 1973 consemnează creșterea morbidității psihiatrice în raport cu vîrsta : 19,05%, la cei între 55 și

64 de ani, și 21,92% după 65 de ani. Cercetările epidemiologice din alte țări stabilesc cifre mai mari : 30% în Danemarca, 30—48% în Franța și Anglia (448). Majoritatea acestor afecțiuni psihice sînt considerate funcționale și deci reversibile, numai 3% avînd substrat organic (390, 438, 446, 448). Cu toate acestea, referindu-se la demențe, cercetările efectuate în Europa și Asia evidențiază o prevalență de 5—10%, în cadrul populației ce depășește 65 de ani.

Gravitatea acestor afecțiuni este subliniată și de studiul lui Hagnell, care afirmă că durata unui episod, atît pentru sindroamele cerebrale organice, cît și pentru psihoze (funcționale sau organice, a căror pondere crește), ajunge, în medie, la doi ani, adesea însoțindu-se de afecțiuni fizice și de un anumit grad de invaliditate.

Gama tulburărilor neuropsihice ale vîrstei înaintate este mai largă și are un prognostic mai diferențiat ; astfel, pe un studiu de 100 de internări, Bovier și colab. au arătat că 34% aveau afecțiuni psihice (2/3 depresivi și 1/2 deliranți) ; 54%, afecțiuni organice cerebrale de tip degenerativ, vascular și mixt (1/2 fiind cu afecțiuni somatice asociate) ; iar restul (12%), alcoolism sau maladii somatice izolate ; 93% din cei cu tulburări psihice (fără leziuni organice) au fost recuperați și au părăsit secția, în timp ce numai 38% din cei cu afecțiuni organice cerebrale s-au remis din punct de vedere al fenomenologiei psihotice.

Alături de considerentele demografice și epidemiologice menționate, intervin și o serie de aspecte de ordin psiho-social, dat fiind faptul că *problemele de gerontologie se plasează la răscruce, între psihologie și sociologie* (H. Ey) ; se consideră că se manifestă încă un interes scăzut pentru disciplinele gerontologice, față de amploarea problemelor sanitare și sociale ridicate de populația vîrstei a treia în societatea contemporană (Ammar). Se poate conchide că, în ultimele decenii, au crescut rapid nevoile pentru servicii medicale și sociale de suport pentru bătrînii senili (450). Deși pînă nu demult locul principal de îngrijire era spitalul de psihiatrie nediferențiat, unde demențele senile, sindroamele psiho-organice nu pot fi asistate corespunzător (Mechanic) (451), azi locul acesta este ocupat de căminul de bătrîni. Pentru fiecare rezident din spital, în prezent există patru-cinci persoane nespitalizate, cel puțin tot atît de deteriorate psihic ca și cele spitalizate. Se poate pune însă întrebarea în ce măsură intervenția în asemenea cazuri este eficace ? (450) S-a constatat că plasarea bătrînului într-o instituție, fie și cămin de bătrîni, nu este cea mai eficientă măsură, întrucît diminuarea stimei de sine, reducerea legăturilor sociale, abandonarea forțată a responsabilității și pierderea ambianței familiale contribuie în mod efectiv la scăderea capacității mintale, și așa redusă anterior (425). Pentru prevenirea unor depresii reactive, specialiștii recomandă „consultația de preadmisie în plasament" cu rol psihoterapeutic important (437). Sînt necesare alte tipuri de servicii în colectivitate (servicii lărgite de îngrijire la domiciliu, spitale de zi, servicii ambulatorii), știindu-se că evoluția psihică a bătrînilor depinde de ambianța socială.

Poziția de *„muncitor bătrîn"*, *retragerea* (pensionarea), *scăderea resurselor materiale, modificarea structurii familiale* (prin dispariția rolului de conducător al familiei, determinat de mobilitatea geografică și tendința la autodeterminare a tineretului), *izolarea și transplantul în*

colectivitate reprezintă evenimente ce creează „criza bătrîneții", comparabilă cu cea pubertară (Mechanic) prin reacțiile psihologice (449, 451).

„Șocul retragerii" a fost studiat, printre alții, de Isabelle Denis (1971), care a arătat că 2/3 din pensionari doresc să mai activeze, fără a avea motive materiale, iar 28% dintre ei declară că întreruperea activității le-a transformat viața în rău.

Într-un raport al O.M.S. din 1970 (454) se semnalează că *28% din pensionarii de vîrstă pot fi utili, dacă sînt judicios folosiți.* Se remarcă faptul că pensionarea poate reprezenta un stres important, cu efecte negative, cînd nu se iau măsurile corespunzătoare de compensare imediată, *fără a uita că, după 65 de ani, capacitatea de muncă se reduce sub 60% (Villa) (453) și scade progresiv cu vîrsta.*

Încercînd să creioneze tipologii ale bătrînilor, Riesman (1954) departajează trei categorii :

— bătrîni cu forță psihică, în stare să găsească în vîrstă o sursă de reînnoire ;

— bătrîni care găsesc un sprijin în afara lor, în valorile culturale stabile ce-i înconjură (probabil, majoritatea) ;

— bătrîni care nu găsesc protecție nici în ei, nici în afară.

Este demonstrat faptul că între vîrsta cronologică, cea fizică și cea psihică, nu există identitate și că *acolo unde bătrînului, în pragul retragerii și după aceea, i s-au asigurat posibilități de reevaluare în condițiile unui complex de măsuri bio-psiho-sociale unitare, rezultatele nu s-au lăsat așteptate* (experiența elvețiană — Centrul de Lausanne, experiența suedeză și altele) (443, 453).

Aceste observații sînt cu atît mai acceptate, cu cîte studiile psihologice au demonstrat că involuția reduce capacitatea de asimilare și analiză, dar favorizează, pe o perioadă mai lungă, sinteza și conservarea vechilor achiziții pe plan cultural și profesional.

Din datele de mai sus, reiese că vîrsta înaintată reprezintă un risc crescut de îmbolnăvire psihică, ponderea populației implicate impunînd luarea unor măsuri corespunzătoare. Din cunoștințele actuale asupra factorilor îmbătrînirii normale și patologice, reiese că, alături de factorii biologici, un rol important îl au factorii ecologici, socio-economici, care impun intervenția în ambele sensuri. Problema este abordată atît în planul prioritar al O.M.S.-ului pentru 20 de ani, cît și în programele unor țări din Vest și din Est.

Datorită particularităților psihismului vîrstei înaintate și riscului crescut de îmbolnăvire, specialiștii recomandă servicii sanitare și sociale foarte bine organizate, dotate și încadrate, pentru a asigura protecția corespunzătoare. Organizarea unei secții de geronto-psihiatrie în fiecare clinică din centrele universitare, a unui sector de geronto-psihiatrie (cca 10% din paturi), în fiecare spital județean, unități de postcură în stațiuni montane și submontane, ar asigura asistența de specialitate pentru o bună parte din patologia bătrîneții din țara noastră. *Obiectivul major : climatul protector cu minimum de medicație și maximum de atmosferă familială.* Menținerea obiceiurilor pozitive de igienă, antrenarea în activități terapeutice ocupaționale, recreative, încurajarea și descoperirea *hobby*-urilor, activități în aer liber, gimnastică, vizionări de spectacole

Scanned with OKEN Scanner

TV, biblioterapie etc., astfel încît pacienţii să se simtă între oameni, respectaţi pentru tot ce au fost şi au făcut, trecutul lor nefiind ignorat. Perspectivă din care trebuie selecţionat şi educat personalul de îngrijire.

În ambulator, sarcinile sînt şi mai mari, întrucît se cere personal mai numeros, în stare să facă faţă solicitărilor vîrstnicilor, deseori, nedeplasabili. Se sugerează antrenarea voluntarilor — dintre pensionarii mai în putere — care, pe baza unui program de vizite, să informeze Laboratorul de sănătate mintală asupra problemelor apărute.

Specialiştii O.M.S. (454) au analizat, în anul 1977, în detaliu problemele legate de îmbătrînirea populaţiei, sugerînd măsuri economice, sociale, legislative, medicale :

— intensificarea cercetării în probleme de îmbătrînire ;

— învăţămînt sistematic, pregătirea şi educarea persoanelor însărcinate cu îngrijirea vîrstnicilor ;

— îmbunătăţirea metodelor pentru depistarea şi aplicarea tratamentului persoanelor cu afecţiuni fizice, expuse riscului îmbolnăvirilor psihice ;

— crearea serviciilor sociale în colectivitate ;

— crearea de servicii geronto-psihiatrice ;

— reglementarea schimbării progresive a regimului de activitate la anumite persoane care îmbătrînesc ;

— atribuirea de mijloace financiare suficiente ;

— solicitudine pentru persoanele vîrstnice singure şi izolate ;

— crearea unei comisii neguvernamentale de sănătate mintală pentru persoanele vîrstnice ;

— reconsiderarea atitudinii psihiatrilor faţă de asistenţa vîrstnicilor ;

— participarea proporţională a persoanelor vîrstnice la luarea hotărîrilor privind serviciile psihiatrice, specializarea şi cercetarea ;

— informarea persoanelor vîrstnice, în scopul pregătirii lor pentru retragere ;

— investirea lor cu răspunderi, pentru menţinerea sentimentului de utilitate ;

— antrenarea întregii societăţi în asistenţa vîrstnicilor cu tulburări psihice ;

— intensificarea educaţiei populaţiei, încurajarea rudelor şi prietenilor de a adopta o atitudine caldă, umană faţă de vîrstnici.

Consideraţii demografice

Printre aspectele care au marcat ultimele două decenii, de natură economică, militară, ştiinţifică, tehnologică şi nu în ultimă instanţă politică, problemele demografice au captat în mod deosebit atenţia forurilor politice naţionale şi internaţionale, a oamenilor de ştiinţă, opiniei publice. Atenţia lumii medicale, a psihiatrilor. Acest reviriment îşi găseşte explicaţii în caracteristicile istorice ale secolului al XX-lea. Au existat şi înainte perioade în care aceste probleme au suscitat discuţii mai mult sau mai puţin vii. Un exemplu îl constituie dezbaterea, în secolul al XIX-lea, a teoriei lui T. Malthus, care postulează dependenţa creşterii populaţiei de mijloacele de subzistenţă. În decurs de un secol, populaţia a cunoscut o evoluţie extrem de sinuoasă. După un declin început în a doua jumătate a veacului al XIX-lea, sub efectul condiţiilor economice

Scanned with OKEN Scanner

critice ale anilor '30, indicii de natalitate au coborît la un nivel nemaiîntîlnit în Europa occidentală și America de Nord. Creșterea natalității în timpul și mai ales după cel de-al doilea război mondial nu a temperat îngrijorarea față de evoluția lentă a sporului demografic în țările dezvoltate. Pe de altă parte, situația demografică a țărilor în curs de dezvoltare s-a modificat radical. Tehnologia medicală, măsurile de igienă publică însoțite de ameliorarea condițiilor sociale au antrenat reducerea sensibilă a mortalității, în timp ce fertilitatea s-a menținut la cote ridicate sau chiar a crescut. Diminuarea mortalității, asociată fertilității ridicate, care a dus la creșterea rapidă a populației, „explozie demografică" și chiar la o anume reacție de anxietate, au necesitat aplicarea de noi politici demografice. Discuțiile consacrate găsirii unor măsuri adecvate în materie de demografie au pus în evidență relațiile dintre fenomenele demografice, economice și sociale, subliniind necesitatea adaptării politicilor demografice la condițiile specifice economice, sociale, culturale ale fiecărei țări. De fapt efortul trebuie să fie dublu condiționat. Pe de o parte, trebuie urmărit mecanismul prin care factorii sociali, economici, demografici, culturali etc. determină nivelul mortalității și tendințele fertilității iar, pe de altă parte, *feed back*-ul ecuației, adică efectele și consecințele creșterii populației, ale unei anumite structuri pe sexe și vîrste, ale mobilității populației asupra economiei, societății, nivelului de trai și culturii (455, 456, 457).

Oricare ar fi definiția „politicii demografice" — și nu există un consens unanim —, se poate spune că aceasta reprezintă un *sistem de măsuri, promovate de instanța decizională (statul) cu impact asupra variabilelor demografice, fie pe termen scurt, dar mai ales pe termen lung, în conformitate cu interesele generale ale societății, respectînd însă drepturile fundamentale ale individului și ale familiei* (458, 459, 460, 461).

În sens restrîns, politica demografică va reprezenta un sistem de obiective și mijloace pentru influențarea tendințelor demografice, într-o direcție sau alta, în concordanță cu obiectivele societății referitoare la supraviețuire și bunăstare. Aceasta înseamnă măsuri de influențare a numărului populației, a ratei de creștere demografică, mai ales a fertilității și natalității. În sens larg, politica demografică va constitui un sistem coerent de măsuri sociale, economice, legislative, cu ajutorul cărora statul caută să influențeze tendințele demografice, structura populației, repartizarea teritorială, migrația, unele caracteristici calitative ale acesteia. Într-o asemenea accepție se poate spune că politica demografică face parte integrantă din politica social-economică.

Cum orice stat, în principiu, duce o politică de reducere a mortalității din considerente umanitare, politicile demografice sînt concepute mai ales în raport cu fertilitatea. De aceea într-o optică reducționistă, ele sînt considerate *pronataliste* — încurajează menținerea sau creșterea natalității — și *antinataliste* — își propun limitarea nașterilor și reducerea ratei de creștere demografică. Această dihotomie, privită astăzi cu reticență, este operațională dacă ne limităm numai la relația între creșterea populației și creșterea economică. Creșterea populației potențează sau obturează creșterea economică și deci bunăstarea ? Problematica s-a dovedit însă mult mai complexă, iar numărul factorilor luați în considerare, mult mai mare, incluzînd factori culturali, psihologici comportamentali. De aceea politicile demografice trebuie concepute într-un ori-

Scanned with OKEN Scanner

zont dialectic, în funcție de caracteristici geopolitice, condiții concret-istorice, experiență istorică, dar și de acumulările științei.

Orice politică demografică are șase obiective (Planul mondial de acțiune în domeniul populației) :

— creșterea populației ;
— morbiditatea și mortalitatea ;
— procrearea, formarea familiilor și condiția femeii ;
— repartiția teritorială a populației și migrația internă ;
— migrația internațională ;
— structura populației.

Aceste obiective constituie doar un element al procesului multifazial de formulare a unei politici a populației. Reproducem fazele consacrate în literatura de specialitate :

I. Analiza tendințelor socio-economice și demografice, avînd ca debușeu un model prospectiv.

II. Proiectarea unei politici demografice :
— alegerea obiectivelor ;
— motivația alegerii acestora ;
— expresia numerică a obiectivelor ;
— detalierea lor sectorială ;
— integrarea politicii demografice în politica de dezvoltare.

III. Punerea în practică a politicii demografice :
— definirea și repartizarea mijloacelor (materiale și financiare) ;
— legislația.

IV. Evaluarea politicii demografice : bilanțul realizării proiectelor (cost-beneficiu). Întrucît o politică demografică este un proces în care se încearcă realizarea unor obiective cu ajutorul unor mijloace, și cum aceste obiective au o mișcare specifică dar și una determinată de factori contextuali, este necesară *reiterarea* procesului și reconsiderarea datelor.

Modalitatea de intervenție asupra variabilelor demografice este fie directă, prin intermediul măsurilor legislative și administrative (soluție demografică) fie indirectă, prin intermediul contextului socio-economic (soluție economică). Franța exemplifică cea de a doua soluție, prin care a obținut succese în creșterea demografică, creștere care, în cele din urmă, s-a oprit, datorită modelului socio-cultural ce s-a impus celui economic (462).

Dintre numeroasele măsuri pronataliste, de politică socială, cităm : alocațiile familiale ; reducerea impozitului pe măsură ce cresc responsabilitățile familiale ; ajutorul acordat mamei (mai ales dacă lucrează în afara sectorului domestic) ; facilități acordate pentru întreținerea copiilor de vîrstă preșcolară și școlară ; facilități de credit, mai ales pentru locuințe, măsuri de protecție a copiilor nelegitimi (460, 461, 462).

Menționăm că politica demografică este parte a politicii de dezvoltare, promovată de un guvern și, în acest cadru, este, adesea, destul de greu de făcut distincția între aspectele politice care se referă strict la populație și aspectele sociale. Mai mult, pot apărea contradicții. De exemplu, pentru a încuraja creșterea demografică poate fi instituit un sistem de alocații familiale și alte prestații, destinate să atenueze dificultățile nașterii și creșterii copiilor, concomitent cu adoptarea unor măsuri privind statutul femeii (în cadrul politicii sociale) și stimularea participării ei active la viața economică (politică economică adoptată în vederea

Scanned with OKEN Scanner

creșterii efectivului de angajați, necesar unei industrializări accelerate). Astfel efectul primelor măsuri ajunge să fie mult diminuat dacă nu anulat.

Planificarea familială

Din cele cîteva considerente referitoare la intercondiționările factorilor economici, sociali, demografici, istorici și culturali, pe fondul unor restructurări geopolitice, pentru anumite zone geografice ale globului, un nivel foarte ridicat al creșterii demografice riscă să frîneze în mod serios dezvoltarea economică.

Creșterea demografică din numeroase țări în curs de dezvoltare, pentru a nu afecta negativ progresul social, necesită corelarea cu un nivel ridicat al creșterii economice, numai în acest fel sporul populației putînd acționa ca stimulent al progresului tehnic și al productivității. De aceea un număr de țări în curs de dezvoltare a adoptat, în cadrul măsurilor generale, politici demografice vizînd scăderea ratei de creștere demografică prin reducerea fertilității. Așa se prezentau lucrurile la începutul deceniului 7, cînd multe țări au început să aplice programe de planificare familială ca parte integrantă a politicii de dezvoltare. Între politica demografică a unui stat care vizează binele comun și sfera deciziilor individuale cu caracter intim este de așteptat să apară reacții de eludare reciprocă. Pe această linie se plasează K. Davis care declara : „Subliniind *dreptul părinților de a avea numărul de copii pe care-l doresc* (planificare familială), este eludată problema fundamentală a oricărei politici demografice, aceea de a da societății numărul de copii de care are nevoie. Oferind cuplurilor mijloacele de a controla fertilitatea, înseamnă a priva societatea de posibilitatea de a o face". Ne delimităm de acest punct de vedere întrucît ideea controlului nașterilor este la fel de veche ca și societatea. Dar controlul nu s-a realizat decît în anumite condiții. Întrebarea este : putem defini circumstanțele sub incidența cărora indivizii își planifică dimensiunea familiei ? Printre aspectele determinante care influențează comportamentul de reducere sînt declinul mortalității, statutul ameliorat al femeii (grație reformelor legislative și accesului la instrucție), generalizarea raționalității laice, declinul motivațiilor tradiționale, bazate pe sisteme de obiceiuri, creșterea generală a nivelului de viață — un ferment al modificării valorilor în materie de descendență, educația copiilor și planificarea familială și, în sfîrșit, modificarea *structurii și funcțiilor familiei* (antrenată de procesele de industrializare și urbanizare). Într-un plan filozofic, prin planificarea familială se realizează, în societățile moderne, trecerea spre o imagine pozitivă a controlului nașterilor, în sensul că familia devine propriul ei constructor — se extinde controlul uman asupra propriului destin (E. Draper — „Birth control in the modern world") (455, 458, 459, 461, 462).

Acesta fiind cadrul în care se mișcă omul modern, plasarea politicii demografice în continuarea politicii sociale și economice devine un imperativ pentru țările cu preocupări pronataliste de stat, simpla coerciție legislativă sau administrativă fiind ineficientă.

Pentru țările cu politici antinataliste (cazul Chinei este revelator) măsurile vizînd limitarea nașterilor trebuie să fie coroborate și controlate mai ales prin pîrghii economice și sociale. Astfel, printre măsurile de compensare a reproducerii, unii autori propun : răsplătirea rolurilor ne-

Scanned with OKEN Scanner

familiale, avantaje economice acordate celibatarilor, alocații în vederea sterilizării, libertatea avortului, impozit pe copil, reducerea alocației familiale și a concediului de maternitate plătit.

Un efect similar cu cele menționate îl au și măsurile cu caracter economic sau social — tendința spre egalitate în drepturi a femeii cu bărbatul în toate domeniile de activitate, ceea ce antrenează o restructurare a familiei și o modificare a rolului femeii, cu consecințe directe asupra natalității.

Aceste măsuri se încadrează în ceea ce în mod obișnuit este desemnat prin sintagma „dincolo de planificare familială", sintagmă care mai cuprinde și practicile antinataliste, promovate de unele țări, și pe cele contraceptive, utilizate de indivizi, în absența unui program de planificare. Un program de „planning familial" (dimensiunea familiei și spațierea nașterilor) coroborat cu tendința obiectivă, ireversibilă a fenomenelor demografice și cu un nivel de bunăstare individuală și colectivă, de asemenea „înghețarea" fondurilor pentru cheltuielile militare, ar putea avea rezultate benefice pentru creșterea populației. Dar toate aceste considerații necesită efort de cunoaștere, analiză și interpretare sistemică a relațiilor și interdependențelor dintre populație și celelalte sisteme, în condiții concrete de timp și loc (455, 458, 459, 460, 461, 462).

BIBLIOGRAFIE

1. PREDESCU V., NICA ȘT. — Valoarea și limitele metodei epidemiologice în investigarea factorilor etiologici ai neurasteniei. Relațiile interdisciplinare ale psihiatriei, oct., Iași, 1975.
2. BURT C. — The inheritance of mental ability, *Amer. Psychol.*, 1958, 13, 1—15.
3. BURT C. — The genetic determination of differences in intelligence : a study of monozygotic twine reared together and apart, *Brit. J. Psychol.*, 1966, 57, 137—153.
4. VANDENBERG S. G. — Hereditary factors in normal personality traits. În : „Recent Advances in Biological Psychiatry", vol. 9, 1967, Wortis J., New York.
5. REED E. W., REED S. C. — Mental retardation : a family study, Saunders Company, W. S., Philadelphia, 1965.
6. MAXIMILIAN C., IONESCU S. — Citogenetica medicală umană, Ed. Acad. R.S.R., București, 1978.
7. CONSTANTINIDIS J. — *J. genet. hum.*, 1963, 12, 55—70 ; 125—145.
8. MAXIMILIAN C. — Genetica umană. Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1984.
9. GILLBERG C., GEIJER-KARLSSON — Children born to mentally retarded women, *Psychol. Med.*, 1983, 13, 891—894.
10. GROUCHY J., DE TURLEAU C. — Atlas des maladies cromosomiques, Exp. Sci., Paris, 1977.
11. TURNER G., TILL R., DANIEL R. — Marker X-chromosomes, Mental retardation and macro-orchidism, *New Engl. J. Med.*, 1978, 229, 1 472.
12. MAXIMILIAN C. — Speranțe pentru mai tîrziu. Editura Sport-Turism, București, 1984.
13. TURNER G., OPITZ J. — X-linked mental retardation. *Amer. J. Med. Genet.*, 1980, 7, 407.
14. VENTER P. A., GERIKKE G. S., DOWSON B., OP'T HOF J. A. — A marker chromosome associated with non specific male mental retardation. *South African Med. J.*, 1981, 60, 807.
15. BROWN W. T., JENKINS E. C., FRIEDMAN E. — Folic acid therapy in the fragile X syndrome. *Amer. J. Med. Genet.*, 1984, 17, 289.
16. CHERNIA G. N., BLOT J., REY A., PAPTERNIK E. — Carences maternelles en fer et folates. Repercussions sur le nouveau-né. *Semp. Hôp. (Paris)*, 1983, 6, 416—420.

Scanned with OKEN Scanner

17. HARBAUER H., LEMPP R., NISSEN G., STRUNK P. — Lehrbuch der speziellen Kinder und Jugendpsychiatrie, ed. a IV-a, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1980, 277.
18. MC.KUSICK V. A. — Mendelian inheritance in man, ed a IV-a, John Hopkins University Press, Baltimore-Londra, 1975.
19. MILCU MAGDALENA, SICHITIU S. — Bandelete reactive rapide de tip Phenistix, certificat inovator, 1975 ; „Prepararea mediului Guthrie", certificat inovator, 1976.
20. PRIȘCU R. și colab. — Valoarea tratamentului dietetic în PKU depistat tardiv, *Pediatria*, 1976, 1.
21. PRIȘCU R. și colab. — Depistarea PKU la nou-născuți — considerații privind primul an al acțiunii întreprinse de I.O.M.C. în municipiul București și jud. Ialomița, *Pediatria*, 1978, XXVII, 1.
22. HOLTZMANN și colab. — *Amer. Med. Ass.*, 1974, 229, 667—670 referitor la fenilcetonurie ; *Lancet*, 1974, II, 996—998.
23. PRIȘCU R. — Experiment pilot privind depistarea bolilor de metabolism la nou-născuți, *Pediatria*, 1980, XXIX, 2.
24. PRIȘCU R. și colab. — Experiment-pilot privind depistarea concomitentă a hipotiroidismului congenital și a PKU. Simpozionul național de endocrinologie, Slatina, septembrie, 1980.
25. GROVER R. — Evaluation of the extended newborn screening program in New-York City, *Pediatrics*, 1978, 61, 740—749.
26. ZELLWEGER H. — New Tasks : Prevention of Handicap, *Develop. Med. Child. Neurol.*, 1976, 18, 1, 3—10.
27. BOOK A. — A genetic and neuropsychiatric investigation of a Nath-Swedish population, *Acta gen. Basel*, 1953, 4, 1.
28. BECKER J. M., KAVEGGIA E. G., PENDLETON E., OPITZ J. M. — A Biologic and genetic study of 40 cases of severe „pure mental retardation", *Eur. J. Pediat.*, 1977, 124, 231—256.
29. DANIEL A., LAM PO TANG — Prenatal diagnosis in New South Wales, *Med. J. Austral*, 1978, 352—357.
30. GOLBUS M., LOUGHMAN W., EPSTEIN C., HALBACH G., STEPHENS J., HALL B. — Prenatal genetic diagnosis in 3 000 amniocentesis, *New Engl. J. Med.*, 1979, 300, 157—163.
31. KENDLER K. S., GRUENBERG A. M. — An independent analysis of the danish study of schizophrenia, *Arch. Gen. Psychiat*, 1984, 41, 555—564.
32. ZERBIN-RUDIN E. — Genetics of Affective Psycheses. În : „Handbook of Biological Psychiatry", partea a III-a, Marcel Dekker, New York-Basel, 1980, 35—53.
33. MENDLEWICZ J., RAINER J. D. — Adoption study supporting genetic transmission in manic-depressive illness, *Nature*, 1977, 268, 327—329.
34. HOLMES L. B. — Genetic counselling for the older pregnant woman ; new data and questions, *New Engl. J. Med.*, 1978, 298, 1 419—1 421.
35. SLATER E., COWIE V. — Genetics of mental disorders, Oxford University Press, The, Londra, 1971.
36. MAXIMILIAN C., IOAN DOINA — Genetica clinică, Ed. Medicală, București, 1986.
37. GRANIER F., SCHMITT L., GIRARD M., ESCANDE H., CHAP H. — Intérêt et limites du test à la Dexamétazone dans les troubles de l'humeur, *Sem. Hôp. (Paris)*, 1985, 61, 14, 915—919.
38. KINNEY D. K. — Schizofrenia and major affective disorders (Maniac depressive illness). În : „Principles and practice of medical genetics" (sub red. Emery A. E. H., Rimoin D. L.). Churchill-Livingstone, Edinburgh-Londra-Melbourne-New York, 1983, 321.
39. INOUYE E. — Monozygotic twins with schizophrenia reared apart in infancy, *Jap. J. human genetics*, 1972, 16, 182.
40. KETY S. S., ROSENTHAL D., WENDER P. H. — The Biological and adoptive families of adopted individuals who became schizophrenic ; prevalence of mental illness and other characteristics. În : „The nature of schizophrenia" (sub red. Wynne L., Cromwell R., Matthisse S.), Wiley and Sons Inc., John, New York, 1978.
41. ZERBIN-RUDIN E. — Schizophrenic head injured persons and their families. Report 3 rd. International Congress on Human Genetics, 1966, Abstract, 356.

Scanned with OKEN Scanner

42. GERSHON E. S., BUNNES W. E., LECKMAN I., VAN EERDEWEGH, M., DE BAUCHE B. — The inheritance of affective disorders; a review of data and hypotheses. *Behavior Genetics*, 1976, 6, 227.
43. ALLEN M. G. — Twin studies of affective illness, *Archiv. Gen. Psychiat.*, 1976, 33, 1 476.
44. BERRETTINI W. H., GOLDIN L. R., NURNBERGER J. I. JR., GERSHON R. S. — Genetic factors in affective illness, *J. Psychiat. Res.*, 1984, 18, 482—496.
45. KUPFER D. J. — Neurophysiological „markers" — EEG sleep measures, *J. Psychiat. Res.*, 1984, 18, 467—475.
46. KNOTT V., WATERS W., LAPIERRE X., GRAY R. — Neurophysiological correlates of sibling pairs discordant for bipolar affective disorder, *Amer. J. Psychiat.*, 1985, 142, 248—250.
47. BRION S., PLAS J. — Dépressions, etude clinique, diagnostique et thérapeutique. *Rev Méd. (Paris)*. 1983, nr. 4—5, 171—183.
48. TORGERSON S. — Genetic factors in anxiety disorders, *Psychiat.*, 1983, 40, 1 085—1 089.
49. PREDESCU V., CHRISTODORESCU D. — Sfatul genetic — Obiective, metodologie, organizare, *Viața Medicală*, 1979, XXVI, 5, 195—200.
50. PREDESCU V., CHRISTODORESCU D. — Sfatul genetic pentru unele boli psihice comune, *Neurol. Psihiat. Neurochir. (Buc.)*, 1973, 18, 453—468.
51. MEDNICK S. A., SCHULSINGER F. — Some premorbid characteristics related to breakdown in children with schizophrenic mothers. În: „The Transmission of schizophrenia" (sub red. Rosenthal D. și Kety S. S.). Pergamon Press, Inc. New York, 1968.
52. MILNER — Genetics and neuroses, *Arch. gen. Psychiat.*, 1974, 31, 629.
53. HOLMBERG P. — Central nervous system defects in children born to mothers exposed to organic solvents during pregnancy, *Lancet*, 1979, 28 july 1977—1979.
54. JONES K., SMITH D., HANSON J. — The fetal alcohol syndrome clinical delineation, *Ann. N. Y., Acad. Sci.*, 1976, 273, 130—137.
55. ZABOLAI-CSEKME EVA — Les femmes et l'alcool, *Santé du monde*, aug. 1981.
56. MARTIN J. — Maternal alcohol ingestion and cigarette smoking and their effects on newborn conditioning, *Alcoholism*, 1957, 1, 243—247.
57. LEMOINE J. M. — La gravité particulière du tabagisme des femmes, *Concours méd.*, 1983, 105, 30/31, 3 283—3 287.
58. JONES K., SMITH D. W., ULLELAND C. N., STREISSGUTH A. P. — Patern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers, *Lancet*, 1973, 1, 1 267—1 271.
59. MAJEWSKI F., BIERICH J. R., LOSER H., MICHAELIS R., LEIBER B., BETTECHEN F. — Zur Klinik und Pathogenese der Alkohol — Embryopathie, *Münch. Med. Wschr.*, 1976, 118, 50, 1 653—1 642.
60. PAINE S. R. — Syndromes of minimal cerebral damage, *Pediatr. Clin. N. Amer.*, 1968, 15, 3, p. 779—823.
61. SCHACTER M. — La developpement neurologique et mental des prematurés de moins de 1 250 g. à la naissance (ou „immatures de ylpoo"). *Méd. et hyg.*, 1968, 842, 1 149—1 157.
62. BOUCCARA L. — La mère-enfant. *Concours méd.*, 1984, 106, 46, 4 493.
63. MULER P. — La gravidopuerpéralité chez l'adolescente de moin de 15 ani Thèse de médecine, Lille, 1983.
64. EBTINGER R., MARCELLI D. — Dépression maternelle, privation phonomatique et retard de langage chez la jeune enfant, *Sem. Hôp. (Paris)*, 1984, 27, 1 932—1 934.
65. MAZET PH. — Le bébé avant la naissance et au cours des premiers mois, *Sem. Hôp. (Paris)*, 1984, 60, 27, 1 889.
66. ALFORD C. A., FOFT J. W., BLANKESHIP W. J., CASSADY G., BENTON J. W. — Subclinical central nervous system disease of neonates, *J. Paediat.*, 1969, 75, 1 287—1 291.
67. MUROCA H., KOIE Y., SUDA N. — Analyse des sons intrauterins et leurs effets tranquilisants sur le nouveau-né, *J. Gynec. Obstet. Biol. Repr.* 1976, 5, 367—376.
68. NAVELET Y. — Organisation du comportement de l'enfant avant la naissance, *Sem. Hôp. (Paris)*, 1984, 60, 27 1 897—1 900.
69. SAUCIER J. F. — Changements psychologiques en cours de grossesse, *Sem. Hôp. (Paris)*, 1984, 60, 27, 1 910—1 916.

70. ACHARD B., COHEN J., LEGRAIN M., CHAPMAN A. — Enquête sur les accidents graves de l'avortement avant et après la loi de 1975, *Contraception, Fertilité, Sexualité*, 1979, 71, 11.
71. HAGBERG G., HAGBERG B., OLOW I. — The Changing panorama of Cerebral Palsy in Sweden 1954—1970. III. The Importance of Foetal Deprivation of Supply, *Acta Paediat. Scand.*, 1976, 65, 403—408.
72. CRAMER B. — La psychiatrie du bébé. La dynamique du nourrisson, *Expansion Scientifique Française*, Paris, 1982, 28—83.
73. HAGBERG B. — Epidemiological and Preventive Aspects of Cerebral Palsy and Severe Mental Retardation in Sweden, *Europ. J. Pediat.*, 1979, 130, 71—78.
74. * * * — „New Trends and Approaches in the Delivery of Maternal and child Care in Health Services", *WHO*, Chronicle, Geneva, 1976.
75. DIECKMAN W. J., TURNER D. E., MEILLER E. S. SAVAGE L. J., HILL A. J., STRAUBE M. T., POTTINGER R. E., HYNKIEWICZ L. M. — Observations on protein intake and the health of the mother and the baby, *J. Amer. Dietet. Assoc.*, 1951, 27, 1 046—1 052.
76. TOVERUP K. U., STEARNS G., MACY I. G. — Maternal nutrition and child health — an interpretative review, National Research Councill Bull., 123, Washington, D. C., 1950.
77. HAGBERG B. — Pre-, peri- and postnatal prevention of major neuropediatric handicaps, *Neuroped.*, 1975, 6, 331—338.
78. BROWN J. K., PURVIS R. J., FORFOR J. O., COCKBURN F. — Neurological Aspects of Perinatal Asphyxia, *Develop. Med. Child. Neurol.*, 1974, 16, 5, 567—580.
79. CALAME A., REYMOND-GONI I., MAHERZI M., ROULET M., MARCHAND C., PRODIHOM L. S. — Psychological and neurodevelopmental outcome of high-risk newborn infants, *Helv. Paediat. Acta.*, 1976, 31, 287—297.
80. MICHAELIS R., ROOSCHITZ B., DOPFER R. — Prenatal origin of congenital hemiparesis, *Early Human Development*, 1980, 4, 243—255.
81. TAYLOR D. J., DAVODSON J., HOWIE P. W. — De pregnancy complications contribute to neurodevelopmental disability, *Lancet*, 1985, 713—716.
82. ARVIDSON J. EKSMYR R. — Cerebral palsy and perinatal death in geographically populations with different perinatal services *Develop. Med. Child. Neurol.*, 1984, 26, 709—716.
83. BARGE R. H. — ENTWICKLUNGSPÄDIATRIE — *Helv. Paediat. Acta*, 1979, 34, 193—195.
84. RAWLINGS G., STEWART E., REYNOLDS E., STRANG L. B. — Changing prognosis for infants of very low birth weight, *Lancet*, 1971, 1, 516.
85. STEWART A., TURCAN D. M., RAWLINGS G., REYNOLDS E. — Prognosis for infants weighting 1 000 g or less at hirth, *Arch. Dis. Child.*, 1977, 52, 620.
86. THOMSON A., SEARLE M., RUSSEL G. — Quality of survival after severe birth asphyxia, *Arch. Dis. Child.*, 1977, 52, 620.
87. DWORKIN P., SHONKOFF J., LEVITON A., LEVINE M. — Training in Developmental Pediatrics, *Amer. J. Dis. Child.* 1979, 133, 709—712.
88. * * * — Infant mortality, *Lancet*, 1977, 22, 1.
89. PETROS-BARZAVIAN A., BEHAR M. — Low birth weight-what should be done to deal with this global problem, *WHO Chronicle*, 1978, 32, 231—323.
90. GABILAN J. C. — Les déficiences intellectuelles graves de l'enfant ; prévention en période néonatale, *Arch. Franç. Pediat.*, 1978, 35, XXXLV-XL.
91. SCHOEMBAUM S., HYDE J., BARTOSHESKY L., CRAMPTON K. — Benefit cost analysis of rubella vaccination policy, *New Engl. J. Med.*, 1976, 294, 306—310.
92. BADER M. — Rubella immunization, *J. Amer. Med. Ass.*, 1976, 235, 3, 248.
93. EDGAR W. M., HAMBLING M. H. — Rubella vaccination and anti-D immunoglobulin administration in the puerperium, *Brit. J. Obstet, Gynec.*, 1977, 85, 10, 754—757.
94. STEIN A. Z. — Strategies for the prevention of mental retardation, *Bull. N. Y. Acad. Med.*, 1975, 51, 1, 130—142.
95. ELEK S. D., STERN H. — Development of a vaccine against mental retardation caused by cytomegalovirus infection in utero, *Lancet*, 1974, 1.
96. HERMANN M., KJELLMAN H. — Rh Prophylaxix with Immunoglobulin Anti-A Administered during pregnancy and after delivery, *Acta Obstet. Gynec. Scand.*, suppl. 49, 1976.

Scanned with OKEN Scanner

97. GLENTING P. — Cerebral Palsy in Eastern Denmark 1965—1974 Report VII, *Neuropädiat.* 1982, 13, 72—76.
98. KERR M. A., BOGUES J. L., KERR D. — Psychosocial Functioning of Mothers of Malnourished Children, *Pediatrics*, 1978, 62, 778—784.
99. HOTNOG E. — Mama celibatară, Comunicare la Centrul de Sexologie, București, 9 oct. 1980.
100. ANTHONY E. J., CHILAUD C. — Parents et enfants dans un monde en changement ; Presse Universitaire de France, Paris, 1983.
101. RAUH J., JOHNSON L., BURKET R. — The Management of Adolescent Pregnancy and Prevention of Repeated Pregnancies, HSMHA Hlth. Raport, 1971, 86, 1, 66—73.
102. LOGAN B., DANCY B. — Unwed pregnant adolescents Their mothers dilemma, *Narshing. Clin. N. Amer.*, 1974, 9, 1, 57—68.
103. KANE J., MOAN C., BOLLING B. — Motivational factors in pregnant adolescents, *J. Dys. Nerv. Syst.*, 1974, 35, 3, 131—134.
104. COOPER J. E. — Pregnancy in adolescents, *Postgrad. Med.*, 1978, 64, 6, 60—64.
105. HOTNOG E., BUDURA T., PIETRARU L., ROTARU L. — Unele aspecte medico-sociale și educativ-sanitare ale copiilor ocrotiți în leagăne, Institutul de Igienă, București, 1979.
106. STERNADEL Z., LYSIKIEWICZ A., PEKSA A. — Polog u matek mlodocianuych (puerperium in minore), *Gienk. Pol.*, 1973, 44, 4, 393—396.
107. FORSSMAN H., THUWE I. — One hundred and twenty children after application for therapeutic abortion was refused, *Acta Psychiat. Scand.*, 1966, 4, 3, 211—218.
108. MATEJCEK Z., DYTRYCH Z., SCHULLER V. — Children from unwanted pregnancies, *Acta Psychiat. Scand.*, 1978, 57, 67—90.
109. HERBINET E. — La musique des dieux, Aperçu sur le monde sensoriel de l'enfant autour de sa naissance. *Sem. Hôp. (Paris)*, 1984, 60, 27, 1 898.
110. COVLONJOU R. — La communication prénatale avec l'enfant. Aplication thérapeutique. *Sem. Hôp. (Paris)*, 1984, 60, 27, 1 940—1 949.
111. GRANT J. P. — Raport UNICEF, 1984, *Concours méd.*, 1984, 106, 3, 170.
112. DOBBING J. — Vulnerable periods of Brain Development. În : „Lipids, Malnutrition and the Developing Brain" (sub red. Elliot K. și Knight J.), Elsevier, Amsterdam, 1972.
113. BIRCH H., GUSSOW J. D. — Disadvantaged children, Health, nutrition and school failure, Harcout, Brace & Co., New York, 1970.
114. DOBBING J. SANDS J. D. — Quantitative growth and development of human brain, *Arch. Dis. Child.*, 1973, 48, 757—767.
115. STEIN ZENA, SUSSER M., SAENGER G., MAROLLA T. — Nutrition and mental performance, *Science*, 1972, 178, 708—713.
116. BARTERL P. R., GRIESEL R. D., BURNETT L., FREIMAN I., ROSEN E., GEEFHUYSEN J. — Long term effects of kwashiorkor on psychomotor Development, *S. Afr. med. J.*, 1978, 53, 360.
117. CRAVIOTO E., DE LICARDIE — *Amer. J. Dis. Child.*, 1970, 120, 404.
118. GETTY KASES MISRAHI — Some methodological problems in studies of cognitive development in relation to malnutrition, *Dan. med. Bull.*, 1974, 1983—1989.
119. BRAZELTON T., TRONICK E., LECKTIG A., LASKY R., KLEIN R. — The Behaviour of nutritionally deprived Guatemalan Infants, *Develop. Med. Child. Neurol.*, 1977, 19, 3, 364—377.
120. CELEDON J. M., CSASZAR D., MIDDLETON J., ANDRECA I. — The effect of treatment on mental and psychomotor development of marasmic infants according to age of adminission, *J. Ment. Defic. Res.*, 1980, 24, 27, 27—35.
121. STOCH M. B., SMYTHE P. M. — 15-year developmental study on effects of severe undernutrition during infancy on subsequent physical growth and intellectual functioning, *Arch. Dis. Child.*, 1976, 51, 327.
122. GUPTA S., DHINGRA D. C., SINGH M. V., ANAND N. K. — Impact of Nutrition on intelligence, *Indian Pedait.*, 1975, XII, 1, 1 079—1 082.
123. EISENBERG L. — The menagement of the hyperkinetic child, *Develop. Med Child. Neurol.*, 1966, 8, 593—598.
124. * * * — Actualité suédoises, 1974, 22, janvier.
125. EVANG K. — *Santé du monde*, oct., 1974.
126. * * * — Facteurs psycho-sociaux et santé. Rapport du Directeur général O.M.S., 20 nov., 1975.

Scanned with OKEN Scanner

127. PECHSTEIN J. — Physiologie der Sezialentwicklung des Kindes in Klinische Sozial-Pädiatrie (red. Th. Hellbrugge), Springer, Berlin-Heidelberg, New-York, 1981.
128. BOWLBY J. — Attachment and Loss, vol. III, Les Sadness an Depression, Penguin Education, Londra, 1981.
129. RUTTER M. — Maternal deprivation reassessed second, Penguin Education, 1981.
130. MASLOW A. H. — Motivation and personality, Harper and Row, New York, 1954.
131. HARLOW H., HARLOW G. — Love in infant monkeys (1955) in Frontiers of Psychological research, W. H. Freeman, San Francisco, 1975.
132. EICKSON B. — Childhood and Society, Pelikan Book, London, 1972.
133. WOLFF S. — Children under Stress, Penguin Book, London, 1978.
134. THOMAS A., CHESS STELLA — Genesis and Evolution of Behavioural Disorders from Infancy to Eatly Adult Life, *Amer. J. Psychiat.*, 1984, 141, 1, 1—9.
135. HUNT J. M. — Parent and child centers : their basis in the behavioral and educational sciences, *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1971, 41, 1, 13—30.
136. SANDLER B., GANCEL P. — L'enfant retardé dans un milieu socialement defavorisé. Etude statistique de 43 observations, *Bordeaux médical*, 1981, 14, 11, 721.
137. GUILLARD J. M. — Le rôle du père dans le premier âge. Réflexions du médecin d'enfant, *Bordeaux médical*, 1981, 14, 11, 709.
138. SUTTER J., LUCCIONI H. — Syndrome de carence d'autorité paterne, *Rev. Neuropsychiat. Inf.*, 1957, 6.
139. CRUINKSHANK W., The brain-injured child in home, school and community, Syracuse University Press, New York, 1967.
140. LARMANDE C., LEDDET J., LAUGIER J., SAUVAGE D. — l'intervention du pédopsychiatre auprès de nourrissons hospitalisés en pédiatrie. Analyse clinique de quarante-deux cas. *Sem. Hôp. (Paris)*, 1984, 60, 27, 1 917—1 921.
141. VARLET-LARMANDE CL. — Psychopatologie du nourrisson : analyse clinique d'une intervention psychiatrique dans une unité de soins pédiatrique, Mémoire CES de psychiatrie, Tours, 1981.
142. LEVINE L., COLL C. OH. W. — Determinants of mother-infant interaction in Adolescent mothers, *Pediatrics*, 1985, 75, 1, 23—29.
143. KLAUS M., JERAULD R., KREGER N. C., MCALPINE W., STEFFA M., KENNELL J. H. — Maternal attachment, importance of the first postpartum days, *News Engl. J. Med.*, 1972, 286, 460—463.
144. MAZET PH., HOUSEL D. — Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ed. a II-a, Maloine (Libraire) S.A., Paris, 1979.
145. GRAHAM P. — Environmental influence on psychosocial development, *Int. J. Men. Hlth.*, 1977, 6, 3, 7—32.
146. DOGARU V., TEDESCHI I. — Studiu comparativ privind dezvoltarea neuropsihică la copiii de grupa mare din creșa săptămînală și creșa de zi, Deva. Comunicare la Simpozionul cu tema : „Actualități în patologia psihiatrică pediatrică", București, 25—26 iunie, 1980.
147. BOWLBY J. — Child Care and the Growth of Love, Pelican Books, Londra, 1970.
148. MANCIAUX M. — Enfants battus, maltraités, abandonnés. *Santé du Monde*, ian., febr. 1984, 21—23.
149. ROSS A. — Child behaviour therapy, John Wiley and Sons, New York, Cichester, Brisbane, Toronto, 1981.
150. OANCEA C., BRĂTESCU E., RĂDAN M. — Căi de îmbunătățire a sănătății mintale în leagănele de copii în perspectiva recuperării. Simpozionul cu tema : „Programul de sănătate mintală a copilului ocrotit", Sibiu, 1984.
151. RUTTER M. — Maternal deprivation reassessed, Penguin-Methuen, Londra, 1980.
152. CUMMINGE S. T., BAYLEY C., RIE H. E. — Effects of the child's deficiency on the mother ; A study of mothers of mentally retarder, chronically ill and neurotic children, *Amer. Orthopsychiat.*, 1966, 36, 595—608.
153. DENO E. — Special education as developmental capital in *Exceptional Children*, 1970, 37, 3, 229—237.
154. SCHAFFER H. R. — Activity level as a constitutional determinant of infantile reaction to deprivation, *Child Development*, 1966, 37, 595—605.
155. THOMASS A., CHESS S., BIRCH H. G. — Temperament and behavior disorders in children, University Press, Londra, 1968.

Scanned with OKEN Scanner

156. FRIEDMAN S. — If you had three Wishes, Fantasies related to Child Psychiatry Training, *Amer. J. Dis. Child.*, 1982, 136, 942—944.
157. AHNJO SVEN — Modern Perspectives in Child Psychiatry, Oliver and Boyd Ltd., Edinburgh, 1969.
158. TIZARD B., REES J. — The effect of early institutional rearing on the behaviour problems and affectional relationship of four-year old children, *J. Child. Psychol. Psychiat.*, 1975, 17, 61—73.
159. LEVENSTEIN P., KOCHMAN A., ROTH H. A. — From laboratory to real world service delivery of the mother — child home programme, *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1973, 43, 78.
160. MILLER L. — Child rearing in the kibbutz. în : „Modern Perspectives in international child psychiatry", Oliver and Boyd Ltd., Edinburgh, 1969.
161. SKEELS H. M. — Adult status of children with contrasting early life experience, *Monog. Child. Develop.*, (seria 105), 1966, 31, 1—90.
162. SAYEGH Y., DENNIS W. — The effect of supplementary experience upon the behavioural development of infants in institutions, *Chil. Develop.*, 1965, 36, 81.
163. CZAZKOWSKI M., FIRKOWSKA-MONKIEWICZ A. — Some ecological school and family factors in the intellectual performance of children. The Warsaw Study, 1977.
164. AJURIAGUERRA DE J. — Manuel de Psychiatrie de l'enfants. Masson et Cie, Paris, 1980.
165. HEUYER G. — Introduction à la psychiatrie infantile, Presses Universitaires de France, Paris, 1964.
166. LAJOSI F., SCHIRM H. — Prävention und Vorsorgeuntersuchungen. În : „Klinische Sozialpädiatrie" (sub red. Hellbrügge Th.), Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1981, 89—95.
167. RUTTER M. — Psycho-social disorders in childhood and their outcome in adult life, *J. Roy. Coll. Phys. Lond.*, 1970, 4, 3, 211—218.
168. DAVENPORT J., GONZALES L., CAREY J., BISHOP S. HAGQUIST W. — Environmental stimulation reduces learning deficits in experimental retinism, *Sciences*, 1976, 191, 678—679.
169. BRUNET O. — Genese de l'intelligence chez les enfants de trois milieux très différents, *Enfance*, 1956, 1.
170. HEBER R. — Sociocultural Mental retardation : a Longitudinal Study. În : „Primary Prevention of Psychopathology", vol. II, University Press of New England, Hanover, 1978, 39—61.
171. TANSLEY A. E., GULLIFORD R. — The Education of Slow-Learning Children, Routledge and Kegan Paul, Ltd. Londra, 1971.
172. HEWETT F. M., FARNESS S. R. — Education of exceptional learners, Allyn and Bacon, Boston, 1974.
173. WERRY S. J. — Minimal brain dysfunction (neurological impairment) in children, *N. Z. Med. J.*, 1973, 1—17.
174. WERNER E., BIERMAN J., FRENCH F. E., SIMONIAN K., CONNER A., SMITH R. S., CAMPBELL M. — Reproductive and environmental casualties : a report of the then-year follow-up of the children of the Kauay pregnancy study, *Pediatrics*, 1968, 42, 112—127.
175. * * * — Children's Clinic for communication disorders, Copenhagen, 1978.
176. GITTELMAN M. — Child mental health : the need for alternatives to modest proposals, *Int. J. Ment. Hlth.*, 1978, 7, 1—2, 5—17.
177. OANCEA C., ILIE G. — Problematica recuperării handicapatului neuro-psihomotor în perioada primei copilării, *Neurol. Psihiat. Neurochir. (Buc.)*, 1978, XXIII, 4, 295—302.
178. BRAZELTON T. B. — Comportement et compétence du nouveau-né, *Psych. Enfant.*, 1981, 24, 2, 375—396.
179. SATGÉ P., SALBREUX R., SOULÉ M., CHARLES J., VOYER M., NARBOUTON R. — Place et rôles de la psychologie dynamique dans un service de néo-natalogie : l'enfant, les parents, l'équipe. *Sem. Hôp. (Paris)*, 1984, 60, 27, 1 950—1 957.
180. FRANKENBURG W. K., NORTH A. F. — A guide to screening for the early and periodic screening diagnosis and treatment program (EPSDT) under MEDICAID, U.S. Department of Health. Education and Welfare, Social and Rehabilitation Service, Washington, 1974.
181. HEBER R., GARBER H., HARRINGTON S., HOFFMAN C., FALENDER C. — Rehabilitation of Families at risk for Mental Retardation, Madison University, Wisconsin, 1972.

Scanned with OKEN Scanner

Posibilitățile psihiatriei contemporane de combatere a îmbolnăvirilor psihice, în cadrul acțiunilor de prevenție secundară

Rolul medicului de medicină generală în depistarea și tratamentul afecțiunilor psihice. Experiența olandeză. Laboratorul de sănătate mintală. Spitalul de zi și de noapte ; alte tipuri de asistență semiambulatorie. Spitalul de psihiatrie ; asemănări și diferențe față de spitalul de boli somatice. Criterii de construire a unui spital de psihiatrie. Rolul personalului. Ergoterapeutul, asistentul social.

Prevenția secundară — un ansamblu de acțiuni prin care se urmărește vindecarea sau atenuarea bolii instalate — se realizează pe două căi, aflate într-o strînsă corelație : *a*) depistare precoce ; *b*) tratament precoce (1). Depistarea precoce este condiționată de mai mulți factori, printre care gradul de informare și educare a populației în probleme de sănătate mintală, pregătirea rețelei sanitare de bază (competența diagnostică, terapeutică și educativ-sanitară), capacitatea organizatorică și funcțională a unităților de psihiatrie.

Boala psihică se manifestă prin simptome care alterează relațiile cu lumea și persoanele din jur, echilibrul lăuntric al individului. Dacă în unele afecțiuni psihice, individul nu-și conștientizează boala, aceasta fiind percepută — datorită manifestărilor psihopatologice — doar de către cei din jur, în majoritatea cazurilor, însă, simptomele maladiei vor fi sesizate atît de pacient, cît și de anturaj.

Capacitatea „diagnostică" a populației sau a individului, deși limitată, se poate ameliora prin intermediul unui program perseverent de educație și informare generală în probleme de sănătate mintală (2, 3).

Această însușire „diagnostică" a populației trebuie folosită totuși cu deosebită prudență, datorită posibilelor excese care ar prejudicia bolnavul, atît pe plan material, cît și în raporturile sale sociale.

Se știe, populația apelează la serviciile unităților de asistență psihiatrică. Momentul cînd apelează, depinde însă de gradul de informare sanitară, de atitudinea față de boala psihică și bolnavul mintal, dar și de accesibilitatea la instituțiile de asistență psihiatrică, de modul lor de organizare și funcționare. Populația are — și nu rareori — rezerve față de unitățile de psihiatrie. Cauza ? Neinformarea, nivelul cultural scăzut, pre-

Scanned with OKEN Scanner

judecăţile. De aceea, bolnavul psihic ajunge cu întîrziere la specialist, este ignorat sau respins de colectivitate. Fie şi numai din perspectiva unor asemenea reacţii, intensificarea educaţiei populaţiei în domeniul sănătăţii mintale a devenit o necesitate. Aceasta presupune :

— ameliorarea capacităţii de sesizare a bolii mintale ;

— creşterea încrederii în prestaţiile unităţilor de psihiatrie ;

— modificarea atitudinii individuale şi colective faţă de maladia psihică şi bolnavul psihic.

Însă *veriga principală în depistarea precoce a bolnavilor psihici este medicul de medicină generală, medicul pediatru, celelalte cadre sanitare ale reţelei de bază*. Din observaţiile a numeroşi autori (4, 5, 6), bolnavii psihici se prezintă, de cele mai multe ori, la medicul de medicină generală. Acesta, deci, trebuie să ştie să recunoască şi să delimiteze normalul, anormalul şi maladia psihică, să definească conduita terapeutică ; experienţa curentă atestă faptul că ponderea bolilor psihice, în ansamblul consultaţiilor de medicină generală, este substanţială (7, 8) ; astfel, la o mie de pacienţi examinaţi în anul 1974, într-un dispensar elveţian de medicină generală, au fost diagnosticate boli psihice în 26% din cazuri, justeţea diagnosticului fiind confirmată după 6 luni. Iar M. Shepherd, din 1 000 de consultaţii în reţeaua de medicină generală, a înregistrat 140 cazuri de boli mintale, din care 52 incipiente.

Nu în toate ţările depistarea bolnavilor psihici este efectuată, însă, în aceeaşi proporţie de către medicul omnipractician ; o anchetă a O.M.S. (9) semnalează o înregistrare sub 20% în Cehoslovacia, în timp ce, în Regatul Unit, se apropie de 100%. Cel mai adesea, la medicul de medicină generală se prezintă pentru prima dată persoanele anxioase, deprimate şi ipohondrice, care se plîng de simptome somatice — în realitate, echivalenţe somatice ale suferinţei psihice ; alteori, boala psihică coexistă cu o suferinţă somatică. Nu sînt puţine cazurile cînd persoane afectate psihic şi avînd conştiinţa bolii ocolesc psihiatrul, de teama internării în spital şi a „etichetei" de bolnav psihic. O atitudine similară o au şi cei care nu se consideră bolnavi şi nu se adresează psihiatrului. Numeroase probleme psihiatrice rămîn strict legate de dificultăţile relaţiilor intrafamiliale, motiv pentru care medicul de „familie", omnipracticianul apare drept cel mai indicat să le cunoască primul şi să intervină prompt la fel, în supravegherea tratamentului de întreţinere.

În ţările cu o slabă reţea de psihiatrie (interes redus pentru această specializare), medicul de medicină generală reprezintă un ajutor temporar şi în recuperare, ca membru al echipei interdisciplinare (18, 19, 20). Este o soluţie pentru zilele noastre, cînd asistăm la modificări dinamice în morbiditatea generală, cu scăderea relativă a importanţei bolilor infecţioase, maladiile psihice trecînd pe primele cinci locuri, în ierarhia frecvenţei. Pornind de la aceste aspecte, reiese cu pregnanţă rolul primordial al cadrelor de la nivelul primului eşalon medical, în depistare şi, deci, în prevenţia secundară. Aşa cum arată şi studiile O.M.S. (9), medicul de medicină generală rămîne, astfel, figura-cheie a serviciilor medicale, inclusiv pentru problemele sănătăţii mintale.

Cercetările româneşti referitoare la morbiditatea prin boli psihice, efectuate în trei întreprinderi textile din Bucureşti de către un colectiv al Institutului de neurologie şi psihiatrie, reliefează o concepţie neunitară în formularea unui diagnostic de boală psihică (nevrotică sau psihotică)

Scanned with OKEN Scanner

și în interpretarea unor tablouri clinice întîlnite frecvent în maladiile somatice cu evoluție cronică, aspect de mare importanță pentru instituirea diferențiată a tratamentului. De aceea, pentru a spori aportul medicilor de medicină generală, se impune, atît în facultate, cît și la nivel postuniversitar, creșterea ponderii instrucției psihiatrice; se sugerează reanalizarea — în acest sens — a bazelor actuale ale învățămîntului de psihiatrie în concordanță cu importanța psihiatriei în practica medicală (21). Încă din anul 1976, Cilinica de psihiatrie din București a inițiat cursuri de informare cu medicii de medicină generală, în probleme de sănătate mintală. Alături de medicii de medicină generală, ceilalți specialiști sînt confruntați zilnic cu o problematică cu valențe interdisciplinare, unde corelațiile psihosomatice și somato-psihice sînt adesea complexe.

Integrarea psihiatriei în complexul celorlalte specialități, organizarea și dezvoltarea secțiilor de psihiatrie, în cadrul spitalelor generale, rezultă din necesitatea abordării, într-o perspectivă mai amplă — ecologică, epidemiologică și psihiatrică (10, 11, 12, 13, 14) — a unor boli cardiovasculare, digestive, endocrine etc. Sub raportul interdisciplinarității, în scopul depistării precoce a tulburărilor și bolilor psihice, se constată, pe plan mondial, tendința la încadrarea psihiatrului în spitalele generale, pentru a permite detectarea suferinței psihice în contextul maladiilor somatice; cu același scop, se organizează acțiuni de informare a populației și mai ales, a organelor de ordine publică, justiție, educație etc., privind modul de manifestare a bolilor psihice (13, 14). Răspunzînd acestor deziderate, la inițiativa Clinicii de psihiatrie din București, s-au organizat cursuri de informare cu lucrătorii de ordine publică, avînd o strategie educativ-sanitară adecvată (conferințe, articole în presă etc.), inițiativă ce s-ar cere extinsă și în alte centre universitare.

Pentru terapia precoce a bolilor psihice incipiente, menită să scadă prevalența acestora, G. Caplan (6), pe baza unor observații îndelungate, subliniază necesitatea corelării numărului cazurilor depistate cu cele tratate, întrucît posibilitățile de tratament sînt de obicei mult mai reduse decît cele de depistare, motiv pentru care autorul recomandă dezvoltarea capacităților de intervenție terapeutică în raport cu morbiditatea. Eficiența terapiei psihiatrice este condiționată de următorii factori:

A. formula organizatorică și funcțională a rețelei de psihiatrie;

B. numărul și capacitatea instituțiilor de psihiatrie disponibile;

C. mijloacele terapeutice: tehnici și medicamente.

A. *Formula organizatorică și funcțională a rețelei de psihiatrie*

Fără îndoială, în instituirea unei terapii precoce, accentul cade asupra rețelei ambulatorii și semiambulatorii, care trebuie să dispună de mijloace tehnice de diagnostic și tratament pentru toți bolnavii din teritoriu (16, 19). Asistența ambulatorie acordată prin clasicul cabinet din policlinici a devenit nesatisfăcătoare (20, 21), datorită adresabilității scăzute a populației și a slabei posibilități de intervenție în mediul bolnavului. În ideea perfecționării, Querido, de exemplu, a introdus în Olanda un nou sistem de asistență psihiatrică, plecînd de la premisa că reabilitarea bolnavilor cu afecțiuni psihice se poate face numai prin intermediul și în cadrul societății, menținerea bolnavului în societate fiind considerată singurul test valabil al succesului terapeutic. Ceea ce înseamnă că *internarea bolnavului în spital trebuie privită ca un gest ilogic atît timp cît nu are o*

Scanned with OKEN Scanner

indicaţie strict medicală (1). Sistemul preconizat de Querido reprezintă o concepţie revoluţionară şi profund umanitară, orientată preponderent spre terapia socială, cea mai cuprinzătoare metodă în tratamentul bolnavilor cu afecţiuni psihice ; un sistem tampon între pacient şi societate, realizînd echilibrul între presiunea socială şi nevoile bolnavului. Unii dintre aceştia trebuie feriţi de presiunea societăţii şi internaţi, pentru un timp, în spitale ; alţii pot rezista presiunilor şi trebuie doar sprijiniţi spre a cîştiga supleţe în adaptare. Realizarea unui asemenea nivel de adaptare se poate obţine printr-o ajutorare a bolnavilor din toate punctele de vedere. Sistemul lui Querido se axează pe o reţea întinsă de policlinici şi spitale încadrate cu un număr mare de medici psihiatri, care lucrează în ture (şi noaptea) ; în felul acesta, psihiatrul devine accesibil, putînd fi solicitat permanent, chiar telefonic ; la nevoie, el se deplasează la domiciliul bolnavului, orientîndu-se la faţa locului dacă pentru tratament este necesară internarea ; în cazul cînd bolnavul rămîne în mediul său, o bună parte din probleme se poate rezolva încă de la prima vizită a specialistului. Querido insistă foarte mult asupra importanţei primului contact cu bolnavul, care trebuie făcut obligatoriu de medicul psihiatru, garanţie a tratamentului adecvat ; fie şi numai apariţia unui psihiatru priceput şi orientat va influenţa, astfel, bolnavul şi familia sa prin siguranţă, înţelegere. O liniştire a spiritelor, care înlătură senzaţionalul şi ideea de conflict, clarifică situaţia şi face să reintre totul pe făgaşul ordinii. Prin acest sistem, un singur psihiatru poate acţiona mai competent decît întregul personal medical al unei secţii cu 50 de paturi.

Succesul deosebit al sistemului de asistenţă practicat de peste 40 de ani în Olanda îl recomandă cu căldură pentru a fi aplicat şi în mediul rural, aceasta presupunînd însă un nivel înalt de asistenţă medicală — în general — şi psihiatrică — în special, nivel atins doar în puţine ţări.

În ultimele decenii, continuînd acţiunea de perfecţionare a asistenţei ambulatorii în direcţia depistării precoce şi a influenţării eficiente a mediului familial şi social al bolnavului, cabinetele de psihiatrie, desprinse de policlinici şi numite *„centre de sănătate mintală"*, în ţările apusene, şi *„dispensare de psihiatrie"*, în U.R.S.S. şi Bulgaria, de pildă, s-au îmbunătăţit din punct de vedere organizatoric şi funcţional, sporindu-şi posibilităţile de intervenţie. Aceste unităţi, bine organizate şi încadrate (echipa polivalentă formată din psihiatri, psihologi, defectologi, ergonomi, sociologi, psihopedagogi, jurişti, cadre medicale medii, asistenţi sociali), permit depistarea activă, precoce şi instituirea asistenţei complexe, corespunzătoare tipului şi stadiului bolii etc., avînd deci posibilitatea şi competenţa de a influenţa starea bolnavului atît direct — prin metode medicale, chimio- şi psihoterapeutice —, cît şi indirect — prin influenţarea mediului său familial, educativ, profesional, social. Perfecţionat, „centrul de sănătate mintală" reprezintă totalitatea unităţilor şi a instituţiilor angajate în asistenţa medicală (ambulatorie şi spitalicească), juridică, economică şi socială a bolnavului. Şi în ţara noastră se manifestă preocuparea de îmbunătăţire a asistenţei bolnavilor psihici. Astfel, încă din 1972, conform prevederilor din „Programul de promovare şi apărare a sănătăţii mintale", primul program românesc pe termen mediu (1972—1980), lansat de Ministerul Sănătăţii, a început, printre altele, organizarea unor asemenea centre, intitulate „laboratoare de sănătate mintală" (nealiniate, din punct de vedere al denumirii, la limbajul internaţional preconizat de O.M.S.) (21). În concepţia şcolii româneşti, *„Laboratorul de sănătate mintală"* rămîne doar

Scanned with OKEN Scanner

unitatea ambulatorie care preia și dezvoltă activitatea cabinetelor de psihiatrie și neuropsihiatrie, fiind organizat distinct pentru adulți și pentru copii ; el poate fi amplasat în secția sau spitalul de psihiatrie, în dispensarul policlinic sau separat de acestea, avînd structura următoare : • 1—3 cabinete pentru consultații curente, cabinet de dispensarizare ; • cabinet pentru psihoigienă, psihoprofilaxie și sfat genetic ; • 2—3 cabinete pentru examinări psihologice și cercetări sociologice, spațiu pentru asistență juridică și socială ; • sală de tratamente și dezalcoolizare, spațiu pentru psihoterapie individuală și de grup (restrîns) ; • sală de așteptare, grupuri sanitare, fișier, secretariat etc. În plus, pentru copii : • 1—2 cabinete de reeducare motorie ; • spațiu pentru terapie prin joc și observare.

Majoritatea specialiștilor, *pentru menajarea prejudecăților populației și mărirea accesibilității la asistența calificată, pledează pentru organizarea unităților ambulatorii* în afara spitalului. Întrucît multe spitale nu sînt amplasate în centre urbane, se înțelege avantajul organizării separate a unităților ambulatorii în zone aglomerate ; specialiștii români le apropie de spitale sau policlinici din motive economice.

Laboratorul de sănătate mintală are, în principal, următoarele sarcini :

— depistarea factorilor de risc în apariția afecțiunilor psihice și a grupelor cu risc sporit de îmbolnăvire, instituirea educației sanitare a populației (prevenție primară) ;

— depistarea activă, precoce a îmbolnăvirilor psihice și instituirea tratamentului de specialitate (prevenție secundară) ;

— dispensarizarea și asigurarea tratamentului de întreținere a bolnavilor din teritoriu ;

— sprijinirea problemelor de muncă, familiale, juridice și sociale ale bolnavilor (prevenție terțiară).

Premisa realizării acestor sarcini devine posibilă în cazul încadrării corespunzătoare cu personal și al colaborării interdisciplinare și interdepartamentale teritoriale permanente ; reintroducerea asistentului social în echipă este o condiție importantă pentru îmbunătățirea îngrijirii bolnavului psihic, în multe cazuri aspectele sociale constituind 95% din problematica și nevoile sale de existență. Centrele de sănătate mintală (ca și dispensarele de psihiatrie) își dovedesc eficiența de cîteva decenii. În condițiile creșterii morbidității prin boli psihice, necesitățile de spitalizare nu sporesc în aceeași proporție ; în multe țări, *asistența ambulatorie bine pusă la punct a permis astfel reducerea la jumătate a numărului de paturi pentru psihiatrie* (19).

Urmărind, de asemenea, acordarea asistenței medicale cu menținerea bolnavului în familie și activitate, pentru cazurile care necesită tratament activ și supraveghere apropiată, au fost inițiate *spitale de zi (day hospitals și spitale de noapte (night hospitals)*. În aceste unități, care îmbină asistența ambulatorie cu cea spitalicească, se folosesc pe scară largă, pe lîngă metodele aplicabile în ambulator, proceduri diferențiate de psihoterapie, cu caracter socioterapeutic net exprimat. Unitățile semiambulatorii — verigă intermediară de mare eficiență între unitățile ambulatorii și cele spitalicești — internează bolnavi decompensați, însă nu atît de grav încît să necesite internarea în spital, cît și bolnavi care se externează ameliorați din spital, dar nestabilizați la nivelul care să le permită reintegrarea, în totalitate, în familie și societate.

Spitalul de zi (una din formele arhaice ale spitalului și în asistența psihiatrică) perfecționat, corespunde tendinței actuale de a reintegra bol-

navul mintal în mediul său. „Native treatment centers", din țările Africii Centrale, sînt, de fapt, niște spitale de zi, unde pacienții beneficiază mai ales de activități psihoterapeutice. *Ataşamentul familial* stă la baza asistenței spitalelor de zi. Unele țări din Asia (Japonia, China, India), înainte de a ajunge în contact cu cultura europeană, nu au creat instituții spitalicești închise decît în mod excepțional (pentru criminali, de exemplu). În Europa, în schimb, acest sistem a fost de mult părăsit, bolnavii mintali fiind izolați de familie și societate. Spitalul de zi cîștigă din nou teren în secolul al XX-lea, prin înființarea unor asemenea unități în anul 1933, în U.R.S.S., și în anul 1946, în Anglia și Canada. Motivele organizării lor au fost diferite. În U.R.S.S., datorită socializării ocrotirii sănătății; în Canada, din lipsa specialiștilor psihiatri; în Anglia, din necesitatea perfecționării asistenței.

În cadrul spitalelor de zi, bolnavii stau zilnic 8—10 ore, beneficiind de alimentație, investigații și tratament specializat (medicamentos, psiho-, ergo- și socioterapeutic etc.), fără terapie intensivă (deși unii specialiști acceptă electroconvulsoterapia). Costul unei zile de internare în asemenea unitate se apreciază la 1/2 în comparație cu spitalizarea din formula clasică.

Spitalul de zi are un rol deosebit în decongestionarea spitalelor (în Canada este folosit în tratamentul convalescenților). După o internare de cca 90 de zile, în unitatea de zi, se obțin ameliorări stabile în 80—90% din cazuri, numai 10—20% dintre bolnavi necesitînd tratament în spitalul clasic. Spitalul de zi poate funcționa independent, ca secție în cadrul spitalului general sau de psihiatrie, ori combinat cu unitatea ambulatorie. În general, se pot interna toate categoriile de bolnavi, inclusiv bătrîni cu tulburări psihice, dacă se asigură condiții socioterapice adecvate, cu excepția celor agitați, alcoolici, toxicomani, psihopați, psihotici și cu potențial suicidar.

Asemenea lui Bierer, promotorul spitalelor de zi în Anglia, denumite „tract" sau „secții de zi" (22), pledăm pentru independența acestor unități, avînd în vedere numeroasele lor avantaje.

Spitalul de noapte, organizat inițial pentru a veni în ajutorul celor cu probleme locative, s-a extins, vizînd și categorii de bolnavi psihici care nu beneficiază de o atmosferă favorabilă în familie, dar sînt capabili de activitate organizată. Astfel, în timpul zilei, pacienții lucrează la locurile lor de muncă din întreprinderi, instituții etc., apoi se prezintă la unitatea medicală, unde sînt cazați în condiții civilizate, beneficiind de hrană și îngrijire calificată. Rezultatele s-au dovedit încurajatoare, propunîndu-se chiar o combinare a spitalului de zi cu cel de noapte.

Alte tipuri de unități

— „Weekend Hospital" — creat în S.U.A. și Anglia pentru cazurile ce necesită psihoterapie mai îndelungată;

— „Half Way Houses" — sistem înființat în S.U.A. — pune la dispoziția bolnavului locuință, posibilitatea de a depune o activitate remunerată, asigurîndu-i-se, concomitent, tratament medicamentos și psihoterapeutic.

Scanned with OKEN Scanner

În țara noastră, primele unități semiambulatorii au fost înființate în 1967, la București, sub denumirea de *staționar de zi* (spital de zi), urmate de unități similare în alte centre, și în 1980, de *staționar de noapte* (spital de noapte) (21).

Întrucît și denumirea creează probleme, se cere o aliniere la limbajul internațional : spital de zi — pentru funcționare independentă ; secție de zi — în cazul organizării în cadrul altei unități.

Pînă acum cîteva decenii, spitalul de psihiatrie a reprezentat singurul instrument al asistenței medicale și sociale pentru bolnavul psihic. Corespunzător concepției anilor respectivi, în unele state s-au organizat spitale mari de psihiatrie, ceea ce a determinat o concentrare însemnată de bolnavi, mulți dintre ei abandonați de familie și societate. Neconcordanța între dezvoltarea acestor unități și nevoile reale de asistență a populației a determinat ca, în majoritatea spitalelor, condițiile de cazare și tratament să se situeze sub nivelul unităților sanitare generale. Cu toate acestea, spitalul a constituit, atît din punct de vedere medical cît și social, un mijloc de perfecționare a însăși concepției privind asistența bolnavului psihic. Mergînd pe linia creșterii numărului paturilor, în ideea de a spitaliza cît mai mulți bolnavi, s-a ajuns — în unele state — la unități „mamut" (peste 1 000 de paturi), greu de administrat. S-a constatat, însă, că exagerarea mărimii spitalelor și spitalizarea îndelungată măresc riscul instalării hospitalismului ; riscul inversării atribuțiilor unității, deci, al destructurării psihice (secundare) prin intermediul spitalului, devenit din instrument de recuperare, un mijloc de alienare (19, 22, 23).

Plasarea acestor unități la distanță apreciabilă față de localități, în clădiri austere, cu saloane foarte mari, pe suprafețe mici de teren, instituirea regimului de contenție, neantrenarea pacienților în activități diversificate, personalul insuficient și neinstruit etc. constituie tot atîția factori ce grăbesc desocializarea bolnavilor și explică, în mare măsură, proasta reputație a spitalelor de psihiatrie, rezistența la internare. În asemenea condiții, bolnavul — destructurat prin boală — se depersonalizează, devine un caz între atîtea altele, într-o atmosferă cenușie de alienați. Pentru înlăturarea acestor deficiențe, s-au efectuat numeroase studii și cercetări în toată lumea. Confruntările de idei și poziții de-a lungul anilor, studiile sociologice întreprinse în S.U.A., Anglia, Germania, Franța sau consultările inițiate de O.M.S. (16—19, 22—25) au permis conturarea unei concepții noi, moderne, despre asistența psihiatrică și spitalul de psihiatrie, ale cărei principii sînt redate în continuare.

1. *Depistarea îmbolnăvirilor psihice, tratamentul și recuperarea* trebuie realizate prin intermediul unităților ambulatorii de psihiatrie ; în acest scop, ele vor fi bine organizate, încadrate cu personal specializat și suficient numeric, ancorate în comunitate, pentru ca deciziile și recomandările referitoare la modalitățile de recuperare să fie respectate de către sectoarele de muncă, învățămînt, asistență socială, de celelalte sectoare cu rol în resocializare. Dacă spitalizarea este indispensabilă, se va urmări menținerea bolnavului psihic numai pentru perioada strict necesară, de preferință în secția de psihiatrie a spitalului general ; se recomandă să se analizeze și alte soluții (înainte de a se lua decizia internării) care să înlocuiască sau să amîne spitalizarea (1, 6, 10, 21, 22, 24, 26).

Scanned with OKEN Scanner

2. *Organizarea, de preferință, a secțiilor de psihiatrie în cadrul spitalelor generale* (13, 14), în scopul înlăturării sentimentului de stigmatizare; internarea într-o secție a spitalului general nu întîmpină rezistență din partea bolnavului sau a familiei, nu devine anxiogenă și se reduce ca durată.

S-a constatat că secțiile de psihiatrie din spitalele generale sînt de zece ori mai solicitate decît cele din spitalele de psihiatrie, aceasta explicîndu-se nu prin calitatea superioară a îngrijirilor medicale, ci pentru că sînt mai la îndemîna populației, iar bolnavul scapă de prejudecățile legate de eticheta spitalului de psihiatrie, revenirea lui în mediul social fiind mai ușoară; în plus, organizarea secției de psihiatrie în cadrul unui spital general este avantajoasă bilateral — folosirea psihiatrului, în secțiile somatice și asistența medicilor somaticieni, în secția de psihiatrie. De aceea noile spitale generale trebuie să fie prevăzute cu secție de psihiatrie și serviciu ambulator, care să se organizeze și în spitalele generale existente (6, 19, 22, 23). Asemenea concepții au fost definite încă din 1960, aplicarea lor extinzîndu-se după 1972; astfel, în Franța, numărul serviciilor de psihiatrie din spitalele generale a crescut de la 15, în 1968, la 107, în 1979, iar numărul dispensarelor și punctelor de consultații, de la 950 la 2 700 în aceeași perioadă (16).

A. R. May consideră secția de psihiatrie antiteza spitalului de psihiatrie, pentru că aceasta se află implantată într-o unitate acceptată de colectivitate, are competență medicală mare, permițînd realizarea unui contact permanent între pacient și familia sa. După părerea noastră, și spitalul de psihiatrie, dacă nu depășește o anumită mărime (pînă la 400—500 de paturi), este aproape de centrul civic și de spitalul general, dacă e bine organizat, dotat și încadrat, poate concura o secție de psihiatrie dintr-un spital general, unde personalul și bolnavii sînt priviți, deseori, cu superioară indulgență de personalul altor secții; sau unde măsuri administrative depășite interzic accesul bolnavilor psihici pe aleile parcului, delimitînd, pentru această categorie de pacienți, „zone", curți interioare, culoare îngrădite cu sîrmă.

3. *Amplasarea spitalului de psihiatrie* în cadrul localităților, de preferință urbane, pentru a împiedica instalarea sentimentului de izolare și a facilita vizitele familiei, aparținătorilor, colegilor și prietenilor (5, 7, 22). S-a constatat că accesibilitatea scăzută la spitalul de psihiatrie defavorizează numărul externărilor, iar durata medie de internare crește proporțional cu distanța față de localități. Aparținătorii care au de parcurs distanțe mari pînă la spital își răresc vizitele sau renunță la ele. De aici, rezultă necesitatea de a se aronda un teritoriu limitat pentru un spital de psihiatrie. O asemenea unitate trebuie să participe la viața socială a localității, să evolueze în concordanță cu transformările culturale, politice și sociale, ceea ce l-a determinat pe Wyrsch să afirme „...și bolnavul mintal trăiește în atmosfera culturală a vremii, cu obiceiurile și părerile poporului său, ca fiecare dintre noi..." (22), pentru mulți bolnavi, spitalul de psihiatrie devenind un al doilea cămin; „dacă spitalul vrea să ajungă ceea ce trebuie, atunci să țină pasul cu progresul medical și social, să fie elastic, să asigure o atmosferă de ocrotire și resocializare; numai așa va dispărea sentimentul de «forță» a spitalului și psihiatrului din mintea bolnavului" (27). Amplasarea unității în centrul urban contribuie și la integrarea tratamentului altor specialități și sisteme (asistență socială, juridică, sanitară primară), apropiindu-se, astfel, de avantajele secției de

psihiatrie din cadrul spitalelor generale. La fel de important rămîne beneficiul rezultat din posibilităţile superioare de selecţionare a personalului de îngrijire, în comparaţie cu un spital izolat, unde se acceptă orice fel de cadre.

4. *Mărimea spitalului de psihiatrie* trebuie să fie moderată. Experienţa specialiştilor din alte state (28) pledează în favoarea unor unităţi de cca 300 (19, 22), sau maximum 500 de paturi. Studiile româneşti apreciază eficienţa medicală şi economică la 350—400 de paturi pentru adulţi. În cazul copiilor, recomandă unităţi cu 50—75 de paturi, pentru a nu concentra un număr mare de pacienţi de diferite vîrste şi a nu îngreuia, astfel, încadrarea lor în activităţi educativ-instructive; organizarea unor unităţi mai mari de 75 de paturi presupune acordarea asistenţei şi pentru copiii din alte judeţe, ceea ce ar determina distanţarea de familie şi ar influenţa negativ însuşi procesul terapeutic. În spitalele foarte mari apar dificultăţi nu numai în administrare, ci mai ales, în asigurarea condiţiilor de recuperare, motiv pentru care conceperea unor asemenea unităţi a fost reconsiderată, revizuită. Tipul închisoare sau azil nu mai este acceptat; şi nici sistemul hotelier, al saloanelor dispuse simetric de-a lungul unui culoar, preferat cu decenii în urmă (19).

Ideea general adoptată — îngrijiri rezidenţiale, care să susţină personalitatea pacienţilor. Cu eficienţă recuperatorie maximă se consideră cele construite pe tip locuinţă. Astfel, în unele ţări, spitalele tradiţionale foarte mari de psihiatrie au fost divizate în subspitale de 6—700 de paturi (19). În Olanda, de exemplu, s-au construit pe terenul spitalelor de psihiatrie locuinţe sau săli de zi, camere de locuit pentru fiecare grup de 8 persoane.

5. *Construcţia cea mai adecvată rămîne tipul pavilionar*, cu un nivel (maximum parter şi etaj) (21, 22). Modelul construcţiei, topografia spitalului sînt esenţiale, ele determinînd gruparea, organizarea bolnavilor pe secţii.

Studiile sociologice întreprinse de Sivadon, Happ, Kisker etc., în spitalele de psihiatrie, evidenţiază faptul că activitatea este cheia succesului terapeutic; duşmanul feroce al spitalului — de altfel, al oricărei unităţi de psihiatrie — îl constituie inactivitatea, pasivitatea, prezentă şi manifestă la majoritatea bolnavilor mintali. Activitatea terapeutică de grup, complexă, dirijată în condiţiile unei atmosfere lipsite de tensiune, şi-a probat eficacitatea, în timp ce asocierea spontană, nedirijată, influenţează negativ starea bolnavilor.

Mărimea grupei ? 12—15 bolnavi, la adulţi, şi 6—8 la copii, constituind nucleul resocializării. O astfel de grupă, îngrijită de pildă, de un medic, doi infirmieri şi o soră, permite realizarea unei mai bune structuri sociologice, unei atmosfere mai calde decît o grupă de două ori mai mare şi cu un număr dublu de personal. Importanţa esenţială a relaţiilor interumane în sănătatea mintală este ilustrată de studiul întreprins de Mullin asupra a 85 de exploratori, care au trăit în Antarctica, în grupe de 12—40 de subiecţi, avînd interese şi niveluri de cultură diferite şi fiind nevoiţi să convieţuiască o iarnă polară. Mullin a constatat că nu pericolele, privaţiunile şi frigul au creat nemulţumiri, ci greutăţile de adaptare la grup, monotonia mediului, lipsa surselor obişnuite de satisfacţie emoţională. Aceleaşi probleme se ridică în faţa bolnavului mintal din secţiile greşit organizate. O construcţie inadecvată, care nu permite realizarea microgrupului, rămîne un pericol al activităţilor terapeutice.

Scanned with OKEN Scanner

Spitalul de psihiatrie se definește și prin alte caracteristici. Dacă la un spital general partea de cazare reprezintă cca 90% din suprafața construită, în spitalul de psihiatrie, ea nu trebuie să depășească 30—40%, restul spațiului fiind consacrat diverselor activități terapeutice — săli de zi, săli de terapie ocupațională și ergoterapie pentru diverse profile, art-terapie, kinetoterapie, meloterapie, cultterapie, terapie recreațională, psihoterapie individuală și de grup, spații pentru activități socioterapeutice (club, bar, cofetărie, magazin, frizerie, salon de coafură, sală de cinematograf, terenuri de sport și spații verzi, oficiu poștal și telefonic, spații pentru observarea relațiilor dintre bolnav și aparținător etc.); mai mult, în unitățile de copii sînt necesare spații pentru desfășurarea procesului instructiv-educativ, săli de joacă *(playterapie)*, pentru învățămînt și educare motorie, verbală, săli pentru educarea deprinderilor practice etc. (29, 30). Din aceste motive, terenul pe care se amplasează spitalul de psihiatrie, față de o unitate cu aceeași capacitate pentru bolnavi somatici, va fi mult mai mare (200—400 m^2 pentru un pat). Spitalul de psihiatrie trebuie să dispună și de terenuri agricole, amenajate în apropierea unității (300—600 m^2 pentru un pat, în funcție de categoria bolnavilor — acuți sau cu evoluție prelungită — și de natura terenului — agricol, viticol, horticol etc.). Pentru copii, terenul agricol se reduce la parcelele din curtea spitalului, destinate educării deprinderilor de muncă în aer liber; trebuie mărită în schimb suprafața pentru activități instructiv-educative și recreative. Fără asemenea spații, spitalul de psihiatrie riscă să rămînă doar o instituție sanitară de cazare, în care orice efort terapeutic devine zadarnic, deoarece adesea bolnavul — chiar după o ameliorare din punct de vedere medical — nu-și poate recîștiga deprinderile sociale. Specialiștii români susțin ideea compartimentării pe moduluri rezidențiale. Un modul dispune de 25 de paturi (15 pentru copii) — saloanele avînd cîte 3—5 paturi, sală de tratament și sală de mese, care îndeplinește și rolul sălii de zi, unde se desfășoară activități ocupaționale, psihoterapeutice, recreaționale și se primesc vizitatori. Fiecare modul se află sub îngrijirea unui medic, a trei surori și trei infirmiere. În funcție de profilul unității (acuți, cu evoluție prelungită), trei moduluri delimitează o secție (minimum două și maximum patru), condusă de un medic-șef și de o soră-șefă. Asemenea compartimentări permit organizarea optimă a microgrupelor și contacte psihoterapeutice corespunzătoare. Atelierele de ergoterapie, sălile pentru activități terapeutice specializate, sălile de instrucție pentru copii etc. sînt folosite în comun de mai multe secții.

6. *Instituirea regimului ușilor deschise* permite dezvoltarea sentimentului și întărirea convingerii bolnavului mintal în propria libertate de gîndire și acțiune. Spitalul tradițional de psihiatrie influențează personalul în adoptarea mai curînd a unei atitudini de gardieni, decît în stabilirea contactelor psihoterapeutice cu bolnavii. Experiența acumulată în diverse țări, la Mapperly Hospital din Nottingham (Anglia), de exemplu, demonstrează superioritatea asistenței în sistemul ușilor deschise; înlăturarea gratiilor, înlocuirea zidurilor înalte, de siguranță, cu plantații de trandafiri, libertatea corespondenței și a primirii pachetelor, înlocuirea uniformei spitalicești cu haine proprii etc., această umanizare și socializare a spitalului a dus la scăderea numărului tentativelor de fugă (22); dacă în sistemul azilar era nevoie de intervenția organelor de ordine publică pentru readucerea bolnavilor, în sistemul ușilor deschise ei se reîntorc singuri sau cu ajutorul familiei. Și dacă mai există totuși excepții, acestea nu

Scanned with OKEN Scanner

pot constitui un motiv de renunțare la principiul ușilor deschise. Nici chiar sinuciderile bolnavilor fugiți ori actele de agresiune nu mai pot fi argumente în favoarea ușilor închise. Dimpotrivă, s-a constatat că agresivitatea, inclusiv depresia, cresc în condițiile unor măsuri coercitive, fiind chiar stimulate. Cele mai dificile probleme le ridică psihopații și toxicomanii, față de care se impune, totuși, un regim mai restrictiv, diferențiat, cu rol terapeutic. Un regim protectiv-restrictiv este necesar și pentru perioadele de mare agitație a psihoticilor; de aceea sistemul ușilor deschise se recomandă în proporție de 85—90%, restul de paturi fiind inclus în sistemul ușilor semideschise și închise. În mod curent, însă, unii specialiști adoptă restricții fără justificare, din ultraprudență sau incompetență, dar mai ales ca urmare a intervenției familiei și organelor de ordine publică, cele ce insistă pentru internare, considerînd *a priori* periculos orice bolnav psihic. Cu toate acestea, majoritatea specialiștilor militează pentru libertatea bolnavilor mintali: „Lăsați bolnavii liniștiți să se plimbe și să viziteze pe cine vor; lăsați-i să se amestece cu publicul și să se simtă ca făcînd parte din el, acesta este drumul restabilirii lor" (Bell, citat de Panse). Față de refuzul pacientului de a accepta tratamentul, specialiștii trebuie să analizeze cu atenție și să adopte decizii medicale adecvate în spiritul reglementărilor legale în vigoare.

7. *Dotarea și încadrarea spitalelor de psihiatrie.* Spitalul de psihiatrie, reprezentînd un mijloc de resocializare, evident va trebui să dispună de o dotare superioară. Cu cadre, bunăoară. În anul 1975, în Danemarca, la 5 milioane de locuitori existau 400 de psihiatri, iar în Grecia (la 17 milioane), 557 psihiatri; Regatul Unit și Țara Galilor raportau în 1973 următoarea proporție a personalului la 100 de internați:

	1964	*1973*
— medici	1,17	2,79
— surori	24,5	54,3
— psihologi	0,08	0,45
— lucrători sociali	0,24	0,81

Baker și Prenden au subliniat că orice tulburare psihică primară, durabilă, se însoțește de scăderea capacității de contact social; scădere care complică mult comportamentul bolnavului, în mare parte, însă, reversibilă prin măsuri medicale active. Fiecare psihiatru cu o experiență serioasă în asistența bolnavilor cronici poate relata schimbări în această direcție. Chiar simpla reparație a clădirilor și asigurarea unor condiții mai bune de cazare, de exemplu, pot scoate bolnavul din starea lui de pasivitate, mobilizîndu-l, dinamizîndu-l. Încă din 1947, Sivadon declara: „...cu cît condițiile medico-administrative și tehnice ale bolnavilor sînt mai bune, cu atît crește numărul celor ce pot fi redați societății, reducîndu-se durata internării și a resocializării..." (22).

Rămîne lesne de înțeles de ce specialiștii români insistă atît de mult pentru o dotare optimă a spitalelor, începînd cu mobilierul din sectorul de cazare și continuînd cu aparatura pentru psihoterapie și socioterapie (pick-up, magnetofon, aparat de proiecție și cinematograf), mărfuri pentru magazin, mobilier adecvat pentru barul și clubul terapeutic etc., inclusiv utilajele necesare ergoterapiei agricole, viticole, horticole, zootehnice, în funcție de zonă, precum și aparatura și mijloacele pentru terapie recreativă. Bolnavului internat nu trebuie să-i lipsească nimic din ceea ce

Scanned with OKEN Scanner

ar putea să dispună în familie și societate. Mergînd pe principiul simulării în spital a condițiilor din viața familială și socială, în prezent unele spitale se construiesc pe sistemul apartamentelor, fără vreo derogare de la confort (22). În asemenea condiții, — s-a dovedit — majoritatea bolnavilor pot produce bunuri, iar la ieșirea din spital pot avea aptitudini formate pentru o activitate profesională. Astfel, investițiile în spital, chiar substanțiale, se justifică și în cazul cînd cheltuielile se recuperează numai în parte.

În țara noastră, pe acest principiu, la inițiativa dr. Anton Nicolau, cu sprijinul organelor județene de partid și de stat, funcționează Secția Ojasca a Spitalului de psihiatrie Săpoca, județul Buzău, unde se aplică cu succes metode de reintegrare.

De numărul personalului încadrat în spitale — și mai ales de calitatea acestuia — depinde foarte mult atmosfera, calitatea actului medical (22). În asistența psihiatrică, prin personal înțelegîndu-se echipa polivalentă, în care trebuie să activeze, pe lîngă psihiatri, și psihologi, instructori pentru activități culturale și recreative, juriști, economiști, muncitori calificați, asistenți sociali ; personal didactic și psihopedagogi, în cazul copiilor (31, 37). Fiecare cadru are un rol bine definit în programul recuperator, de la primul contact, la camera de gardă, pînă la ieșirea bolnavului pe poarta spitalului. Prezența personalului din alte specialități răspunde unor cerințe de ordin medical și economic. În ce sens ? Diferitele fațete ale procesului recuperator cer participarea individualizată, pe profile, a specialiștilor. Cu o condiție, cea a prescripției, observației și îndrumării medicale, sub aspect economic ; trebuie reținut că nu ar fi nici eficient și nici rentabil să se folosească în echipă doar psihiatri. Să facem un calcul elementar : un psihiatru se formează în 24 de ani, psihologul, logopedul, sociologul, ergonomul, juristul, cadrul didactic, în 16 ani, iar asistentul social și sora, în 15, respectiv, în 14 ani.

Sub aspectul calității personalului, este cunoscut că singurii oameni sănătoși de la care bolnavii pot primi ajutor în fiecare moment rămîn surorile și infirmierii. Din cauza efortului mai mare cerut de îngrijirea bolnavilor cu afecțiuni psihice, numărul, dar mai ales calitatea personalului, sînt, însă, inferioare, în comparație cu o secție de bolnavi somatici. Condițiile grele de lucru și ideea periculozității bolnavului psihic au determinat ca, încă de la începutul organizării spitalelor de psihiatrie, primele ajutoare ale psihiatrului (Pinel și Esquirol) să fie recrutate din rîndul bolnavilor mintali ameliorați, stabilizați sau vindecați ; din lipsă de solicitanți pentru îngrijirea bolnavilor psihici, în unele spitale au fost folosiți chiar deținuți care nu săvîrșiseră fapte prea grave ; mult mai tîrziu s-a trecut la folosirea îngrijitorilor instruiți. Și în zilele noastre, problema calității personalului de îngrijire nu este bine înțelesă, astfel încît frecvent, în secțiile de psihiatrie sînt repartizate cadre cu o mai slabă pregătire sau cu probleme de comportament ori sînt dirijate cele din secțiile somatice, ca măsură administrativă de sancționare. Problema personalului ajutător a reprezentat de fapt întotdeauna o dificultate. Cauza ? Poziția socială de mică imporanță și retribuția slabă. Decalajul între volumul de muncă, în condiții traumatizante, și calitățile umane care li se pretind. Această contradicție nu a fost rezolvată decît parțial, prin acordarea unor beneficii materiale (22).

Pentru personalul de îngrijire din secțiile de psihiatrie se cere școlarizare. Dar mai importante decît cunoștințele școlare, uneori for-

male, rămîne capacitatea de a stabili legături afective cu bolnavii, ceea ce l-a făcut pe Clifford Whittingham Beers — creatorul curentului igienei mintale — să afirme : „pentru a putea face un bolnav mintal sănătos și fericit este nevoie de tot atîta cultură a inimii, cît și a minții și o confirmare a valorii afectivității". Femeile obțin rezultate mai bune în îngrijirea bolnavului psihic, chiar în secțiile de bărbați agitați. Pentru îmbunătățirea atmosferei din spital este necesar să se renunțe la îngrijirea de rutină în favoarea îngrijirii active, psihoterapeutice, înțelegătoare, umane. Activitatea personalului în unitățile de psihiatrie se situează astfel nu numai la un înalt nivel de specializare, asemenea altor discipline medicale, dar prin dificultatea și complexitatea ei socială, cere și calități general-umane (35—39).

Studiile de sociologie întreprinse în numeroase spitale de psihiatrie (C. W. Beers, Belknap, Schelsky, Mans, Stanton, Schwartz ; Redlich-Candill — s-a internat incognito pentru cercetări într-un spital de psihiatrie) au evidențiat rolul decisiv al infirmierilor și cadrelor medii în îngrijirea bolnavilor, consecințele ireparabile ce pot izvorî din greșelile, din păcate frecvent comise de aceștia.

Astfel, Belknap, pe baza studiului efectuat într-un spital din S.U.A., împarte bolnavii în trei categorii, care nu au legătură cu diagnosticul clinic :

- noul internat aparține categoriei a III-a, neavînd nici un privilegiu ; este supravegheat și obligat să se supună ; uneori i se permit vizite, deseori avînd viața mai grea decît a unui deținut ;
- după ce s-a liniștit, bolnavul are șansa să treacă în categoria a II-a, cu privilegii limitate ; fiind mai puțin supravegheat, poate părăsi secția la anumite ore, primește vizite, poate participa la unele activități, însă mai brute ;
- cînd devine folositor, trece în categoria I-a, a celor ce prestează diferite servicii în afara secției și a spitalului, devenind un ajutor prețios pentru personal ; beneficiază de haine și condiții mai bune, primește mai multe țigări etc., fiind respectat atît de bolnavii mai puțin privilegiați, cît și de personal.

Această diferențiere — în cele mai multe cazuri, spontană, avînd la bază criterii de selecționare juste (adaptare, inițiativă, sociabilitate) — ar fi lăudabilă dacă s-ar face pe considerente medicale la indicația, îndrumarea sau cel puțin cu aprobarea medicului. Interviurile luate de Belknap au evidențiat însă că sociologia secției nu este cunoscută nici de medic, nici de asistenta socială sau de instructorul de ergoterapie (în Nomenclatorul Ministerului Sănătății din țara noastră nu există asistente sociale și instructori de ergoterapie). Conducerea aparține exclusiv personalului mediu și elementar. Personal care poate mustra sau recompensa bolnavii, fără să țină seama de principiile medicale ; poate suspenda, de la sine, drepturile bolnavilor, poate amenința cu mutarea în saloane închise, reprimarea medicamentoasă etc. Personalul mediu și auxiliar pune un semn de egalitate între volumul activității și inițiativa bolnavului, pe de o parte, și gradul îmbolnăvirii mintale, pe de altă parte, apreciere complet eronată. Personalul mediu și elementar dispune, controlează și influențează chiar legătura bolnavului cu medicul prin prisma noțiunilor, a nivelului cultural propriu despre valoarea, starea sănătății, urgența problemelor pacientului ; fiind în contact permanent cu bolnavii, se consideră în măsură să-i aprecieze și să-i categorisească. De unde pleacă, totuși, eroarea ? Pentru Belknap, de la faptul că resocializarea nu începe

Scanned with OKEN Scanner

de la indicațiile medicale stabilite în funcție de starea bolnavului, ci de la sine (25, 39). Obicei foarte răspîndit și astăzi, conform căruia orientarea se face după aparențe și utilitatea în secție, relevîndu-se bolnavii ce au mai puțină nevoie de activitate ; ceilalți, care în mod real necesită impulsionare, rămîn în umbră. Pentru remedierea situației, se propune o triere foarte serioasă la angajare (nu la întîmplare, așa cum se face în mod curent) și o susținută muncă de educație sanitară și culturală cu personalul îngrijitor și mediu. Kline, de exemplu, propune verificarea la angajare, pe baza unui chestionar format din 85 de întrebări ; el a obținut astfel previziuni corecte în 83% din cazuri.

Personalul insuficient numeric determină instituirea spontană a regimului ușilor închise. De aceea, se impune un cît mai bun raport infirmier-bolnav : de exemplu, unele spitale din Anglia folosesc raportul 1/5, iar în Danemarca și Suedia, 1/2,8.

În ultimele decenii, este criticat modul de interpretare a bolii de către psihiatru : depistarea fenomenelor psihopatologice, fără să se ia în considerație, în aceeași măsură, aspectele nealterate ale personalității ; cu cît simptomatologia este mai luxuriantă și mai complexă, cu atît sînt mai neglijate aspectele neafectate ale personalității. O întîmplare din cel de al doilea război mondial este edificatoare în ccea ce privește marile posibilități de adaptare : 150 de bolnavi au plecat forțat din Spitalul Charité sur Loire spre localitățile lor de domiciliu ; ulterior s-a reîntors în spital un număr neînsemnat ; după 5 ani, s-a constatat că 37% dintre ei se vindecaseră social și s-au dovedit apți pentru libertate ; mulți dintre aceștia stătuseră internați 5—10 și 15 ani și erau socotiți incurabili. De aceea pentru a-l cunoaște satisfăcător și a avea posibilitatea de a interveni optim, se apreciază că psihiatrul trebuie să se ocupe de fiecare bolnav, zilnic, timp de o oră.

Instructorul de ergoterapie, ajutor de seamă în echipa terapeutică, este socotit cel mai apropiat colaborator al medicului ; el trebuie să posede cunoștințe medicale, de psihologie, sociologie, psihoterapie, ergonomie, să aibă un anumit nivel de cultură și să fie apropiat de bolnavi (22, 52). În unele țări (Anglia, Danemarca, Germania, U.R.S.S.), aceștia se formează în școli speciale de ergoterapie sau în cadrul învățămîntului profesional, prin secția cadre medii. În Statele Unite ale Americii, de pildă, se recomandă un instructor la 100 de bolnavi acuți și la 300 de cronici ; pentru terapie recreațională și meloterapie, un instructor la 40 și respectiv 100 de bolnavi ; pentru gimnastică medicală și joc, un instructor la 150 de bolnavi (22).

Asistentul social, cu un rol tot atît de important ca și instructorul de ergoterapie, contribuie la decongestionarea spitalului, la reîncadrarea bolnavilor în muncă, la integrare. Un argument în acest sens : 50% din cazurile sociale sînt și probleme psihiatrice, după cum majoritatea bolnavilor psihici au probleme sociale. Încă de la sfîrșitul primului război mondial, au fost înființate servicii sociale pe lîngă spitalele de psihiatrie, principalele lor atribuții fiind :

— verificarea condițiilor familiale ale bolnavilor internați (dacă au rămas copii sau alți membri de familie care au nevoie de ajutor) ;

— rezolvarea problemelor lui locative ;

— de asemenea, a problemelor legate de bunurile lui materiale ;

— clarificarea și rezolvarea problemei pensiei sau a altor venituri sociale ; finalizarea acțiunilor începute de bolnav înainte de internare ;

Scanned with OKEN Scanner

— consolidarea legăturilor între bolnav și familie ;

— rezolvarea problemelor de muncă (asigurarea reîncadrării după ieșirea din spital) ;

— culegerea de informații despre bolnav, în vederea obiectivării diagnosticului ;

— colaborarea cu medicul, pentru cunoașterea cît mai aprofundată a bolnavului și a situației sale ;

— asigurarea condițiilor sociale și familiale prielnice, în vederea externării bolnavului din spital și a reintegrării sale în societate.

Asistența socială este mai eficientă într-un spital de psihiatrie decît în spitalele cu alt profil, pentru că internarea (de obicei, lungă pentru cazurile grave) poate produce catastrofe din punct de vedere familial și social. Adesea, internării îi precede o perioadă de dezadaptare socială. Intrînd în spital, bolnavul are deseori în antecedente un număr de conflicte sociale. După luni sau ani de spitalizare, cînd starea sa îi permite reîntoarcerea în societate, bolnavul anticipează greutățile care-l așteaptă, optînd pentru o situație mai comodă, viața de spital. El va prefera „societatea fără societate", în care se simte ocrotit. În asemenea cazuri, serviciul social trebuie să intervină pentru rezolvarea multiplelor probleme legate de externare. Dacă nu primește ajutor corespunzător în această etapă, bolnavul va eșua și se va reîntoarce în spital, abandonînd societatea (38). Buna funcționare a serviciului social duce la scăderea duratei de spitalizare și mărește perioada remisiunii, avantajele fiind, deci, multiple. Experiența Centrului-pilot de sănătate mintală din al XIII-lea arondisment din Paris, aflat sub conducerea lui A. Amiel, precum și experiența unor țări cu sistem perfecționat de ocrotire sanitară (Anglia, Suedia, Elveția, S.U.A.) au demonstrat că asistentul social tinde să devină o figură centrală în cadrul echipei ; de asemenea, încă din anul 1972, în concluziile Seminarului O.M.S. de la Nisa se sublinia că prin specificul activității în psihiatrie, serviciile de asistență socială și-au căpătat independența față de cele obișnuite, ale asigurărilor sociale de stat, realizîndu-se integrarea lor în unitățile medicale teritoriale. În acest cadru, asistentul social își găsește locul în echipa medicală terapeutică, funcțiile sale se extind spre valențe terapeutice, el devenind ajutorul cel mai apropiat al medicului, în unele cazuri putînd prelua responsabilitatea îngrijirii deficientului mintal. În S.U.A. se recomandă un asistent social la 80 de internări noi pe an, cifră pretențioasă dar justificată de rezultatele obținute ; în Franța, serviciul social nu-și are sediul în spital, ci în teritoriu, realizîndu-se o asistență socială integrată ; în R. F. Germania, se consideră necesar un asistent social la 250—400 de paturi.

În țara noastră, asistența socială a funcționat în cadrul unităților sanitare pînă în anul 1969, cînd a fost preluată exclusiv de Direcțiile pentru probleme de muncă și ocrotiri sociale. Investirea surorilor de ocrotire cu atribuții de asistență socială nu compensează însă lipsa pregătirii în această direcție. Pînă în anul 1957, asistenții sociali se formau în 3 ani, în cadrul Institutului de prevederi sociale.

Din punct de vedere social o profesiune se caracterizează printr-un echilibru între drepturi și datorii ; cu cît cel în cauză este orientat mai mult asupra drepturilor, neglijînd îndatoririle, cu atît profesia lui devine rutină ; cînd există o identificare cu îndatoririle profesionale, o angajare din tot sufletul — cum se întîmplă cu cei mai mulți psihiatri —, profesia

Scanned with OKEN Scanner

devine menire. Nu se poate contesta însă adevărul că toţi care lucrează în psihiatrie trebuie să dispună de anumite calităţi caracteriale şi aptitudinile care să justifice celebra afirmaţie a lui Earle, formulată în 1854 : „psihiatrii fac parte din cei mai de seamă oameni ai ţării“ (22).

În 1880 Franţa avea 120 de psihiatri (1/300 000) ; în 1980 dispunea de un psihiatru la 14 000 de locuitori (39).

În ţara noastră, numărul psihiatrilor a crescut de la 50, în anul 1938, la 767 pentru asistenţa bolnavilor adulţi şi 177 pentru copii, revenind, în anul 1984, 29 457 şi 127 648 locuitori la un psihiatru de adulţi şi, respectiv, la un neuropsihiatru (de copii).

Raportat la numărul total de medici, psihiatrii (pentru adulţi şi copii) reprezintă 2,8% faţă de 4—5%, cît ar fi necesar, conform recomandărilor O.M.S. (40).

B. Numărul şi capacitatea instituţiilor psihiatrice disponibile

Primul recensămînt al persoanelor cu afecţiuni psihice s-a făcut în anul 1774 în Germania şi în 1840, în S.U.A., apoi în alte state europene, avînd drept urmare creşterea capacităţii de specializare pentru psihiatrie, în unele ţări ajungînd să reprezinte peste 50% din totalul paturilor de spital (tabelul XI şi XII) (40, 53). Corespunzător conceptului de „comunitate terapeutică“, ce a durat cîteva decenii (vizîndu-se recuperarea bolnavului în cadrul unei societăţi artificiale), au luat fiinţă unităţi exagerat de mari, pentru teritorii întinse, care s-au dovedit cu timpul greu de administrat şi, mai ales, nocive ; ceea ce a impus analize, studii, căutarea soluţiilor.

Tabelul XI

Asigurarea cu paturi de psihiatrie şi neuropsihiatrie în unele ţări europene, în 1969*

Ţara	Indicele de asig. pat. psih. la mia de locuitori	Coef. pat psih. la 100 de paturi spital	Nr. psihiatri la 100 000 de locuitori	Nr. psihiatri la 100 de medici
Suedia	7	42,4	7,0	6,6
Norvegia	6,4	65	—	—
Anglia	4,3	42,6	4,7	4,0
Olanda	4	36,5	6,3	5,4
Finlanda	3,6	36	—	—
R. S. Cehoslovacia	2,4	18,2	5,1	2,3
R. P. Polonă	2,3	15,5	4,3	3,2
Franţa	2,2	24,7	3,3	2,8
R. F. Germania	1,8	16,3	4,7	3,0
R. S. România	0,48	7,5	1,5	1,0
Turcia	0,2	11,6	1,5	3,9

Asigurarea cu paturi de psihiatrie în unele ţări europene, în anul 1971**

Irlanda	5,96 ‰	R. S. Cehoslovacia	1,96 ‰
Suedia	4,93 ‰	Spania	1,38 ‰
Malta	4,77 ‰	R. P. Polonă	1,33 ‰
Finlanda	4,67 ‰	U.R.S.S.	1,22 ‰
Belgia	4,40 ‰	R.S.F. Iugoslavia	1,22 ‰
Luxemburg	3,42 ‰	Portugalia	1,09 ‰
Anglia	2,83 ‰	R. P. Bulgaria	0,96 ‰
Franţa	2,25 ‰	*R. S. România*	0,50 ‰
Italia	2,18 ‰	Turcia	0,22 ‰

* „Clasificarea activităţii serviciilor de sănătate mintală“ O.M.S., nov. 1969 (40).
** Meiu G. — Raport la M.S. după participarea la Simpozionul de la Geneva, nov. 1971, cu tema : „Evaluarea şi planificarea serviciilor de sănătate mintală“.

Tabelul XII

Asigurarea cu paturi de psihiatrie în unele țări europene

Țara	Nr. populație (milioane)	Indice de asigurare cu paturi spital	Indice de asigurare paturi de psihiatrie	Coeficient de paturi psihiatrie
Austria	7,51[5]	11,23[6]	1,75[6]	15,62[6]
Belgia	9,86[5]	9,40[6]	2,45[7]	46,08[6]
R. P. Bulgaria	8,86[5]	11,16[6]	0,85[6]	7,59[6]
R. P. Cehoslovacia	15,32[5]	12,45[6]	1,11[6]	8,88[6]
Danemarca	5,12[5]	8,17[4]	1,86[4]	22,82[4]
Elveția	6,37[5]	11,37[1]	2,78[1]	24,47[1]
Finlanda	4,78[5]	15,50[5]	4,18[5]	27[5]
Franța	53,71[5]	12[2]	1,96[2]	16,38[2]
R. D. Germană	16,74[5]	10,60[3]	1,95[3]	18,36[2]
R. F. Germania	59,66[5]	11,50[5]	1,70[5]	14,82[5]
Italia	57,04[5]	7,25[4]	1,41[4]	19,46[4]
Jugoslavia	22,34[5]	5,98[5]	0,47[5]	7,88[5]
Norvegia	4,09[5]	15,00[5]	1,61[6]	33,30[6]
Olanda	14,14[5]	9,82[1]	1,84[1]	18,72[1]
R. P. Polonă	35,58[5]	7,60[4]	1,09[4]	14,55[4]
Portugalia	9,93[5]	5,30[3]	1,11[3]	20,96[3]
R. S. România	22,48[7]	9,10[8]	0,80[7]	9,03[7]
Anglia și Țara Galilor	49,6[5]	17,21[2]*	7,78[2]	22,13[2]
Irlanda de Nord	1,55[5]	11,08[6]	4,06[6]	36,63[6]
Scoția	5,15[5]	11,31[5]	3,24[5]	28,63[5]
Spania	37,43[5]	5,50[4]	1,10[4]	20,35[4]
Suedia	8,31[5]	14,81[5]	2,25[5]	15,18[5]
R. P. Ungară	10,71[5]	9,18[6]	1,22[6]	13,28[6]

1=1976
2=1977
3=1978
4=1979
5=1980
6=1981
7=1982
8=1983

* numai în Anglia

Confruntarea de opinii de-a lungul anilor, eșecul comunității terapeutice, presiunea curentului antipsihiatric, precum și experimentele O.M.S. (Trieste — Italia ; Mannheim — R. F. Germania ; Naka — Suedia) (19, 23) au permis definirea conceptului modern de „psihiatrie comunitară", prin care se urmărește îngrijirea, asistența, din toate punctele de vedere (medicală, economică, juridică, socială etc.) a bolnavului în mediul său natural : familial, profesional, social. Ca urmare, asistența a devenit sectorizată (pentru teritorii restrînse), s-au intensificat eforturile pentru dezvoltarea asistenței ambulatorii și semiambulatorii, concomitent cu creșterea sau reducerea numărului de paturi, în raport cu nivelul optim, considerat de experții O.M.S. de 2—3‰ — indice de asigurare — și de 20% — coeficient de paturi de psihiatrie (la 100 de paturi de spital) (40).

S-a ajuns ca în 1975, Grecia să dispună de 1,8‰ paturi și Norvegia de 2‰, Olanda de 6,8‰, din care 4‰, în spitale generale. Pentru aceeași perioadă în Polonia, indicele era de 1,3‰ ; în Anglia și Țara Galilor — 2,03‰, iar în Suedia 4,63‰ ; pentru Spania, 1,4‰ — reprezentînd 25% din totalul paturilor și numai 7,6% din bugetul pentru sănătate ; Belgia — 2,5‰ ; Danemarca — 2,5‰ (30% din totalul paturilor).

A. R. May semnala în 1976, că numărul paturilor de psihiatrie variază în Europa între 0,2 și 6 la 1 000 de locuitori ; statele sub 2‰ sînt incluse în grupul țărilor mai puțin favorizate din punct de vedere economic. Țările care au depășit această limită, procedează la reducerea lor, în timp ce statele care nu au atins acest nivel resimt necesitatea

de a mări numărul paturilor de psihiatrie. O atitudine unitară în privința numărului de paturi nu se poate aplica, însă, în toate țările, ea depinzînd de multe variabile : situația economică, densitatea populației, posibilitățile de tratament ambulator etc. În țări ca Norvegia și Suedia de exemplu, cu dispersie a populației rurale și dificultăți de comunicare, îngrijirile spitalicești reprezintă o soluție mai practică decît cele ambulatorii. De asemenea, creșterea proporției persoanelor în vîrstă favorizează sporirea numerică a paturilor de psihiatrie, întrucît aceștia preferă îngrijirea în spitale. S-a remarcat, de exemplu, că populația de peste 65 de ani a crescut în anul 1969 (Anglia) cu cca 10 000 față de 1959 ; și aproape 50% aveau peste 75 de ani. În problema spitalizării, aceasta a însemnat o suplimentare cu 8—9 000 de paturi de psihiatrie.

În Franța, Legea din 1838, care a reglementat statutul bolnavilor mintali, prevedea dispoziții de planificare sanitară, obligînd toate „departamentele" (89, în acea vreme) să organizeze cîte un spital de psihiatrie. În 1960 Franța a fost sectorizată, o echipă de sănătate mintală răspunzînd de toate problemele dintr-un teritoriu de cca 70 000 de locuitori. Fiecare sector avînd : secție cu paturi și serviciu ambulator (dispensare, spitale de zi, spitale de noapte, cămine de postcură, centre de ajutor în muncă). În prezent, se procedează la sectorizarea spitalelor tradiționale și organizarea modulelor de îngrijire pentru 7—12 bolnavi.

De remarcat că, în statele cu rețea ambulatorie bine organizată, numărul paturilor de psihiatrie se reduce către limita de 3—2%, preferate fiind secțiile din cadrul spitalelor generale, întrucît spitalul clinic de psihiatrie nu mai corespunde (42—44, 45—48).

Sub presiunea curentului antipsihiatric, au fost adoptate poziții extremiste, chiar de negare a necesității spitalului, ignorîndu-se acel contingent de bolnavi care, în pofida unor îngrijiri excelente în ambulator, au nevoie de tratament intensiv, ce nu poate fi acordat decît în condiții de spitalizare. Și asemenea măsuri s-au dovedit dăunătoare, deoarece, acolo unde s-au aplicat, au dus la proliferarea vagabondajului, delincvenței, prostituției, chiar terorismului (42).

Astfel, în California numărul paturilor s-a micșorat de la 37 000 în 1955, la 2 500 în 1983 (spitalizînd mai ales bolnavi schizofreni și cu periculozitate) (43).

În schimb, la Roma (cca 3 milioane de locuitori) numărul paturilor de psihiatrie s-a redus la 15, exclusiv pentru urgențe, iar la Trieste (cu cca 300 000 locuitori) la 10 paturi de psihiatrie în spitalul general (50). „Este mai ușor să închizi un spital decît să readaptezi pacienții. Închizînd spitalele de psihiatrie nu înseamnă că oprim și instalarea bolii psihice" (23). Un fapt rămîne cert : spitalizarea trebuie nu numai să ajute la inserția în societate a bolnavului, dar și să prevină „handicapul secundar", destructurarea instituțională (22, 49, 50).

Dacă totuși se poate îndrepta rolul spitalului în direcția readaptării — deși destul de dificil —, este foarte greu, în schimb, să contribui la dispariția inconvenientelor stigmatizării, ale credințelor populare sau sentimentelor antipsihiatrice și antiinstituționale. Pentru a le înlătura, trebuie să limităm internările, să oferim condiții nediscriminatorii în spitalul de psihiatrie. Poate greu de realizat, însă nimic nu este prea mult cînd se pune problema să „reconstruim" o minte rătăcită. Și un argument de ordin personal : oricînd putem fi și noi în situația de a apela la îngrijiri psihiatrice.

Scanned with OKEN Scanner

Cu ocazia Reuniunii grupului de specialiști O.M.S. (Mannheim, 1976) asupra viitorului spitalelor de psihiatrie, au fost confirmate observațiile din ultimii 25 de ani cu privire — mai ales — la dezavantajele spitalelor mari ; specialiștii nu au găsit o soluție unitară pentru toate statele în privința spitalului de psihiatrie, avînd în vedere, repetăm, numeroasele variabile care-l pot influența. S-au formulat, în schimb recomandări importante asupra necesității de a organiza și dezvolta secțiile de psihiatrie existente, de a umaniza și liberaliza internările, concomitent cu îmbunătățirea asistenței ambulatorii (23).

Spitalul de psihiatrie rămîne un element al ansamblului de servicii sanitare cu importante valențe sociale. Viitorul său depinde de modul în care vor evolua sectoarele social, economic, sanitar (22).

La Reuniunea grupului de specialiști O.M.S., din 1977 (Cork, Anglia) s-a subliniat că nivelul asistenței psihiatrice depinde, în foarte mare măsură, de gradul de informare a populației privind boala psihică și bolnavul mintal, de informarea organizațiilor de sănătate, a factorilor politici și a organelor legislative asupra utilizării bazei materiale și de cadre, de selecționarea și pregătirea personalului, acordîndu-se un rol deosebit supleții în adaptarea formelor organizatorice specifice etapei de dezvoltare a societății (2). O perspectivă care cere eforturi educativ-sanitare, vizînd în primul rînd reducerea ignoranței marelui public și combaterea ideilor preconcepute ale unor organizații sau personalități influente, inclusiv ale organelor legislative și administrative locale și centrale, în problemele bolnavilor psihici și de sănătate mintală. Specialiștii recomandă în același timp liberalizarea legislației restrictive în materie de sănătate mintală, racordarea ei la o atitudine umană, general recunoscută.

În țara noastră capacitatea de spitalizare pentru bolnavii psihici s-a dezvoltat într-un ritm mai viu abia în perioada 1972—1980, după aplicarea măsurilor din „Programul privind promovarea și apărarea sănătății mintale" lansat de Ministerul Sănătății în anul 1971. Indicele de asigurare cu paturi de psihiatrie a evoluat de la 0,27‰ în anul 1938 la 0,30‰ — în 1960, 0,49‰ — în 1970, 0,8‰ — în 1980, la 9,1% — în 1984, iar coeficientul de paturi, de la 13,7% în 1938, 5,3%, în 1960, 7% în 1970, 9,4% în 1980, la 9,1% în 1984 (tabelul XIII).

C. Mijloacele terapeutice — tehnici și medicamente

Părerea unanimă este că fiecare zonă administrativă, de aproximativ 250—400 000 locuitori (cum ar fi un județ), prin unitățile sale trebuie să dispună de toate mijloacele, să fie capabilă să aplice oricare din metodele terapeutice de bază, de la terapia biologică și electroconvulsivantă, la psihoterapie, ergoterapie, socioterapie etc.

Un pas remarcabil, considerat a doua revoluție în psihiatrie, îl reprezintă introducerea în anul 1953, în tratamentul bolilor psihice, *a psihotropelor*, medicamente care, pe lîngă acțiunea psihică directă, facilitează contactul cu medicul și permite instituirea metodelor psihoterapeutice (48—51).

Mai mult, în ultimii ani, au fost sintetizate numeroase psihotrope cu *absorbție lentă*, foarte utile în tratamentul de întreținere, în stabilizarea rezultatelor obținute prin terapia activă din secții, constituind, astfel, mijloace eficiente în asistența ambulatorie și semiambulatorie. Prin administrarea acestor preparate, se realizează dezideratul major al psihiatriei : tra-

Tabelul XIII

Paturi de psihiatrie și neuropsihiatrie în perioada 1938, 1948, 1960, 1965, 1970—1984

Anul	Nr. total de paturi în spital	Nr. paturi de psihiatrie	Coef. paturi de psihiatrie la 100 paturi spital	Paturi de psihiatrie la mia de locuitori	Nr. paturi neuropsihiatrie infantilă	Paturi de neuropsihiatrie la 1000 locuitori
1938	30 812	4 211	13,7	0,27	—	—
1948	40 501	3 311	8,2	0,21	135	0,01
1960	104 422	5 515	5,3	0,30	582	0,03
1965	114 338	7 848	6,9	0,41	1 424	0,07
1970	142 245	10 003	7,0	0,49	4 513	0,22
1971	148 581	10 818	7,3	0,53	4 843	0,24
1972	155 354	11 391	7,3	0,55	5 272	0,26
1973	163 335	12 009	7,4	0,58	5 140	0,25
1974	169 616	13 493	8,0	0,64	5 049	0,24
1975	174 696	15 238	8,7	0,72	3 891	0,18
1976	178 041	15 531	8,7	0,72	3 926	0,18
1977	181 094	16 483	9,1	0,76	3 982	0,18
1978	187 255	17 271	9,2	0,79	3 982	0,18
1979	190 975	17 641	9,2	0,80	4 004	0,18
1980	194 845	18 230	9,4	0,82	4 074	0,18
1981	196 146	18 325	9,3	0,81	4 379	0,20
1982	198 045	18 480	9,3	0,81	4 519	0,20
1983	199 361	18 345	9,2	0,81	4 584	0,20
1984	201 263	18 435	9,1	0,81	3 867	0,17

tament de specialitate fără internare în cele mai multe cazuri; o administrare comodă, printr-o priză unică, în 24 de ore, pe cale orală sau injectabilă, la 3—4 săptămîni, dublează avantajele. Avînd în vedere costul aparent ridicat, asemenea preparate, deși preferabile administrărilor zilnice în mai multe prize se fabrică mai lent (51).

Alt eveniment de seamă în terapia bolilor psihice îl constituie introducerea *sărurilor de litiu*, cele care au modificat semnificativ aspectul și consecințele stărilor maniacale și depresive, eficiența lor dovedindu-se și în tratamentul preventiv al acestor afecțiuni. De mare autoritate se bucură în ultimele decenii *psihoterapia*, cu tehnicile și procedurile sale diferențiate, unele aplicate numai în unități de vîrf. Dacă pînă acum cîteva decenii tratamentul bolnavului consta în administrarea unor sedative în condiții de izolare, întemnițare și contenție fizică, în prezent, terapia a devenit mult mai complexă și, cu excepția psihozelor acute, în care tratamentul medicamentos are ponderea cea mai mare, în foarte multe afecțiuni chimioterapiei îi revine și rolul creșterii receptivității bolnavului la tehnicile psihoterapeutice. Un act psihoterapeutic eficient și de primă importanță de care beneficiază toți bolnavii, cum sublinia Mauser, îl reprezintă cultivarea unei atmosfere corespunzătoare în spitalul de psihiatrie, de exemplu.

Nu ne-am propus însă descrierea tehnicilor psihoterapeutice ci doar o precizare (cunoscută de altfel); individuală sau de grup, psihoterapia presupune un cadru adecvat, personal calificat, cu o ținută morală ireproșabilă, și timp suficient la dispoziție. În ultima vreme aria psihoterapiei s-a extins prin cuprinderea familiei și a grupului profesional. Scopul? Să-i învețe cum să coopereze în tratamentul bolnavului. Și nu numai atît. Ne referim la o asumare și o potențare a responsabilității față de sănătate —

propria sănătate dar și a celor din jur. Ceea ce presupune, în primul rînd, o reglare de atitudine. O atitudine față de bolnav, care să nu fie de respingere, nici de condescendență.

După cum s-a menționat, în unitățile de psihiatrie se cer multe condiții (săli de ergoterapie, de spectacole, baruri și cluburi terapeutice, oficii poștale, magazine, săli de expoziție etc.), condiții care, pentru un ochi neavizat pot să pară, dacă nu bizare, cel puțin inutile. Ele reprezintă baza materială a psihoterapiei, care permite aplicarea procedurilor sale diferențiate (ergoterapie, terapie recreativă, cultterapie, artterapie, socioterapie etc.) (21).

S-au creat asemenea cluburi — muzicale, teatrale, ziaristice, sportive, campinguri (Anglia, Franța, S.U.A.) și în afara spitalelor. Semn al cooperării în numele sănătății, al confortului psihic, ce depășește, astfel, perimetrul unității sanitare.

În pofida cheltuielilor financiare necesare organizării unor astfel de condiții, într-un context internațional de criză economică, specialiștii apreciază că nici o metodă nu este nerentabilă, atîta timp cît nu o putem substitui cu alta mai ieftină. Or, psihoterapia și procedurile sale diferențiate s-au dovedit de neînlocuit. Se recunoaște, de altfel unanim, că resocializarea bolnavului psihic nu poate fi realizată numai prin mijloace chimioterapice, acest proces complex presupunînd consensul de acțiune al echipei terapeutice polivalente, cu întreg angrenajul instituțional și social.

BIBLIOGRAFIE

1. QUERIDO — La santé mentale dans les plans de la santé publique. *J. Hyg. Ment.*, 1963, 4—5.
2. * * * — Contraintes pesant sur le dévéloppement des services de santé mentale, Rapp, O.M.S., Cork, 28 iun.-14 iul., 1977.
3. STANDARD K., KAPLUN ANNETTE — Education pour la santé nouvelle tache, nouvelles approches. *Chronique O.M.S.*, 1983, 37, 2, 67—71.
4. BRAUTINGAM W. — Reactionen, Neurosen, Psychopathien, Georg Thieme, Stuttgart, 1969.
5. ENELOW A. J. — Prevention of Mental, Disorder ; The Role of the General Practitioner, *Calif. Med.*, 1966, 104, 16—21.
6. CAPLAN G. — Principles of Preventive Psychiatry, Tavistock Publ., Londra, 1964.
7. AGOSTI E., AGOSTI F., ERNST K. — Psychisch Kranke in einer allgemeinen Praxis — eine diagnostische, sozialogische und therapeutische Studie, *Schweiz. Med. Wschr.*, 1974, *164*, 9, 322—325.
8. SHEPHERD M., COOPER B., BROWN A., KALTON C. G. — Maladie mentale et médecine générale. *Rev. Med. Psychosom. Psychol.*, 1967, *9*, 4, 259—276.
9. * * * — L'omnipracticien et la psychiatrie. *Chronique O.M.S.*, 1974, 28, 69—75.
10. DIORY A., FROHWIRTH CH. — Faut-il encore hospitaliser les schizofrenes ? *Concours méd.*, 1984, *106*, 6, 459—462.
11. GREEN M., HAAR E., HYAMS L., PHILPOT J. — Physician Interests and Needs for psychiatric Resources, *N.Y. St. J. Med.*, 1971, *71*, 12, 1 549—1 552.
12. HYAMS L., GREEN M., HAAR E., PHILPOT J., MEIER K. — Varied Needs of Primary Physicians for Psychiatric Resources, *Psychosom.*, 1971, *12*, 1, 36—45.
13. DWORKIN P., SHONKOFF J., LEVITON A., LEVINE M. — Training in developmental Pediatrics, *Amer. J. Dis. Child.*, 1979, 133, 709—712.
14. MAZET PH. — Les troubles psychosomatiques dans la grande enfance. *La revue de médecine*, 1980, 41.
15. MAZET PH. — Points de vue théoriques en psychosomatique. Historique et actualité. *Sem. Hôp. (Paris)*, 1984, *60*, 13, 887—893.

Scanned with OKEN Scanner

45. JOHNSON M. Y., PARKER K. — Some Antitherapeutic Effects of a Therapeutic Community Hospital and Community Psychiatry, *J. Amer. Psichiatric Ass.*, 1983, *34*, 2, 170.
46. BACHRACH L. L. — Evaluating the Consequences of Deinstitutionalization. Hospital and Community Psychiatric, *J. Amer. Psichiatric Ass.*, 1983, *34*, 2, 105.
47. TELINTELO SUZANNE, KUHLMAN L. T., WINGET CAROLYN — A Study of the Use of Restraint in a Psychiatric Emergency Room. Hospital and Community Psychiatric, *J. Amer. Psychiatric Ass.*, 1983, *34*, 2, 164.
48. KUPERS T. A. — Public therapy. The Practice of Psychtherapy in the Public Mental Health Clinic. Free Press, New York City, 1981.
49. DOURTHE C., JACQUOT J. M. — Le placement des persones âgées. *Concours médical*, 1984, 106—134 ; 3 287—3 289.
50. KOUPERNIK C. — La psychiatrie à la recherche de son lieu. *Concours méd.*, 1982, *104*, 26, 4 133—4 134.
51. PREDESCU V. — Psihiatrie, Ed. Medicală, Bucureşti, 1976.
52. HAERLIN C. — The role of the Occupational Therapist in a psychiatric Rehabilitation Unit and the Relationship with other team members. În : „Occupational Therapy Today", Tomorow, 1971, 42—48.
53. * * * — Comparaţii internaţionale privind statistica demografică şi sanitară. Ministerul Sănătăţii, Centrul de calcul şi statistică sanitară, 1984.

Scanned with OKEN Scanner

CAPITOLUL V.

Diminuarea consecințelor îmbolnăvirilor psihice, în cadrul acțiunilor de prevenție terțiară. Handicapul primar, secundar, premorbid. Hospitalismul social. Evaluare, orientare, calificare, integrare. Tipuri de unități recuperatorii

Creșterea morbidității prin boli psihice și consecințele lor — incapacitatea de muncă și invaliditatea — au determinat intensificarea eforturilor pentru recuperare, impunînd o integrare a mijloacelor de intervenție medicală, profesională și socială, mijloace concepute nu drept alternative, ci necesități care se completează (May, 1968 ; Grinspoon, 1972 ; Deniker, 1973 ; Predescu, 1976 ; Man și Lindberg, 1976 ; Rutz, 1979 ; Brânzei, 1979), punct de vedere intrat în practica curentă a multor centre de psihiatrie din lume (1).

Prevenția terțiară în cadrul asistenței bolnavilor psihici cuprinde un complex de măsuri ce vizează înlăturarea consecințelor îmbolnăvirii în sfera adaptativă, în special pe plan socio-profesional. Termenul general de referință va fi recuperarea, prin el înțelegîndu-se ansamblul acțiunilor necesare reinserției bolnavului (deficientului) psihic în viața socio-profesională. Este un scop generos, pentru care școala românească nu a precupețit eforturile de cercetare științifică și fundamentare teoretică, prin colaborări interdisciplinare : medicală, psihologică, socio-profesională etc.

În ultimii ani, date noi — clinice și de cercetare — au reușit să completeze sfera noțiunilor* de maladie, infirmitate, incapacitate și handicap (2).

Pentru unele persoane, deficiența psihică se manifestă de la începutul existenței lor ; pentru altele, ea apare în diferite momente ale vieții, se dezvoltă, se structurează și se menține sub diverse forme și intensități. Aceasta ne obligă la o interpretare evolutiv-dinamică a deficienței psihice,

---

* *Infirmitatea* înseamnă pierderea sau dereglarea unei structuri sau funcțiuni psihologice, fiziologice sau anatomice, astfel încît infirmitățile pot fi intelectuale, de limbaj, auditive, vizuale, viscerale, locomotorii etc. ; *incapacitatea* desemnează diminuarea sau pierderea (rezultată din infirmitate) aptitudinii de a desfășura o activitate în condiții considerate normale ; incapacitatea reprezintă tulburarea la nivel de persoană, fiind delimitate incapacități de comportament, comunicare, igienă personală, mers, aptitudini speciale și situații particulare ; *handicapul* presupune dezavantajul rezultat din infirmități care împiedică o persoană să se achite, parțial sau total, de o funcție socială, rezultînd, astfel, handicapul de orientare, de independență fizică, profesională, integrare socială, autonomie economică (*La classification internationale des infirmités, incapacités et handicaps. Chronique O.M.S.*, vol. 34, *10*, 389—432, oct. 1980).

care, de multe ori poate avea un curs nefavorabil. În raport cu momentul și modul de constituire, au fost diferențiate trei tipuri de handicap.: primar, secundar și premorbid (3, 4, 5).

Handicapul primar

Cunoscut de mult timp la oligofreni și defectivi senzoriali, a fost delimitat ca atare și în cazul altor categorii de bolnavi neuropsihici, afectați de psihoze, demențe și sindroame organice cerebrale, psihopatii și unele nevroze severe (6). El reprezintă rezultatul nemijlocit al procesului morbid asupra diferitelor funcții psihice, avînd un caracter stabil, durabil, fără a fi întotdeauna și imuabil. Așa cum s-a subliniat în capitolul de epidemiologie, la un număr însemnat de bolnavi, deficiențele psihice — de la naștere sau dobîndite în primii ani de viață — se organizează în diferite forme de handicap primar, ce pot interfera — în raport cu întinderea și intensitatea lor — întregul proces de dezvoltare neuropsihică, punîndu-și amprenta asupra personalității purtătorilor (7, 8, 9). În alte cazuri, handicapul neuropsihic se constituie mai tîrziu, de-a lungul vieții, ca urmare a unor afecțiuni neuropsihice, căpătînd o dinamică particulară, în raport cu evoluția bolii, și însoțind formele cronice către o anumită defectualitate. Handicapul primar tinde să se structureze și să se mențină astfel sub diferite forme și intensități. Cel mai caracteristic este handicapul primar din schizofrenie, constituit din simptome pozitive și negative; frecvent, predomină cele negative, reprezentate de apatie, lipsa voinței, pierderea abilităților instrumentale și a deprinderilor. S-a observat că *simptomele „negative" ale handicapului primar din schizofrenie pot fi influențate prin introducerea deficienților într-un mediu bogat în stimuli sociali*. Cu o condiție — intensitatea solicitărilor să nu depășească posibilitățile adaptative ale subiecților, în caz contrar apărînd riscul de recidivă psihotică (10, 11, 12).

Handicapul secundar

Adăugat handicapului primar, el este — după Wing (12, 15) — *rezultanta îngrijirilor necorespunzătoare* (neglijare sau supraprotecție) *și a reducerii contactelor sociale*; este *rezultanta neconcordanței dintre trebuințele bolnavului și ceea ce îi oferă societatea*, cu alte cuvinte, *rezultanta conflictului dintre rolul și statutul social. Handicapul secundar se manifestă sub forma hospitalismului familial, instituțional sau social*, în funcție de mediul care declanșează sau favorizează conflictul; de cele mai multe ori este însumarea condiționărilor negative ale celor trei medii de existență ale bolnavului. Acest sindrom, propriu bolnavilor internați pe timp îndelungat, poate să apară și la cei nespitalizați vreodată și chiar la handicapații fizic neglijați.

Sindromul de instituționalizare (12, 13) *sau de hospitalism* se caracterizează prin lipsa de interes al bolnavului pentru externare, pentru elaborarea planurilor realiste de viitor sau angajarea în diferite activități; se produce o dependență aproape totală a cronicilor față de instituția care îi găzduiește. Pornind de la efectele nocive ale internării îndelungate

Scanned with OKEN Scanner

(peste un an) asupra personalității bolnavilor, îndeosebi la oligofreni, s-a ajuns la definirea sistemului de recuperare în comunitate, aplicat cu succes în țările dezvoltate. În absența unor măsuri adecvate de activitate socială și resocializare, revenirea în comunitate sau trecerea în instituții mai mici, nespitalicești (cămine-internat, hoteluri ieftine) nu a dus însă la ștergerea inactivității bolnavilor, administratorii acestor unități preferînd, de obicei, regimul de supraprotecție și îngrijirea custodială. Rezultatele unor experiențe din ultimele decenii arată că în pregătirea bolnavilor pentru preluarea activă a responsabilității de sine — deci în transferul de la spitalul de cronici către comunitate — este nevoie de o asistență specială. Asistență care, timp de cîteva luni, angajează socioterapeutul împreună cu alți specialiști. În realizarea unui program „simulat", pacienții, de exemplu, (14) au fost mutați pentru un timp într-o căsuță din incinta spitalului, unde au învățat să viziteze magazinele, să cumpere și să prepare hrana, să rezolve treburile casnice, continuînd să frecventeze atelierul terapeutic; după structurarea deprinderilor scontate, s-a procedat la mutarea în locuința proprie, sub supravegherea personalului spitalului, beneficiind de un ajutor voluntar din partea comunității și de sprijinul asistenței sociale. S-a constatat că în rezolvarea reinserției sociale, rolul important îl deține reacția bolnavului în fața situației sale globale, reacție ce se manifestă chiar din prima săptămînă a activității de recuperare. O importanță aparte capătă presiunile sociale adaptative, determinate de „atitudinile de aprobare ale grupului" (15). Mai mult, s-a demonstrat legătura între eșecul transferului — eșec în construirea relațiilor interumane — și lipsa factorilor motivaționali.

La cei cu handicap primar congenital (mintal, motor, senzorial, mixt), *instituționalizarea precoce și prelungită are consecințe negative* asupra personalității și datorită neglijării educaționale, formative. Efectul de „instituție", demonstrat în deceniul trecut îndeosebi de către J. Tizzard asupra copiilor cu boala Down, a permis inițierea unor programe centrate pe educația intensivă, în cadrul familiei și al unor instituții educative de zi *(day-care)*. Rezultatele? Bune. Toate acestea sugerează posibilitatea combaterii handicapului secundar, care, mai ales în stadiile de constituire, este greu de observat. Atitudinea bolnavului psihic în comunitate (16, 17, 18, 19, 20, 21), după spitalizarea pentru o anumită afecțiune, depinde de interacțiunea mai multor categorii de factori, în acest sens studii recente insistînd pe:

- durata spitalizării anterioare;
- atitudinea familiei și a rudelor față de externare, posibilitatea asigurării unor condiții corespunzătoare de viață și habitat;
- dezorganizarea conceptuală, determinată de procesul morbid propriu-zis;
- adecvarea socială, consecutivă pregătirii pacientului în asumarea unui rol productiv în societate.

Pentru reușita unui program de recuperare se pornește de la particularitățile și gradul de pregătire, de formare a bolnavului, în perioada anterioară bolii. Orice plan de recuperare ce vizează depășirea nivelului anterior se va lovi de obstacole majore, chiar în prezența unei psihopatologii relativ ușoare — deficiențele anterioare de învățare, de formare a deprinderilor, lipsa aptitudinilor fiind greu de compensat. Astfel, s-a conturat un nou concept, cel de handicap premorbid (12).

Scanned with OKEN Scanner

Handicapul premorbid

Este condiționat de vîrsta la care se declanșează boala. *Cu cît maladia survine mai timpuriu, cu atît persoana se află într-o situație mai dezavantajantă.* Instalarea afecțiunii înainte de încheierea studiilor, calificării profesionale și maturizării personalității sau imediat după școlarizare, face ca posibilitățile sale congnitive și formatoare să se reducă substanțial ; la fel, cele de profesionalizare. Experiențe recente încearcă să înlăture acest handicap, prin supunerea, bunăoară, a unor grupuri de schizofreni defectuali la programe școlare diferențiate, cu obiective specifice, cum ar fi învățarea abilităților sociale. Trebuie să admitem însă că sistemul de recuperare are totuși anumite limite, evidențiate și de studiile referitoare la adaptarea foștilor bolnavi cronici. Diferențele sugerează cîteva categorii (22) :

— grupul pacienților mai tineri, care trăiesc în familie și funcționează la un nivel ridicat, încadrați profesional ;

— bolnavi de peste un an care, deși trăiesc în comunitate, duc o existență marginală și au nevoie de asistență socio-psihiatrică ;

— grupul rezidual, alcătuit din pacienți cronici cu potențial de periculozitate, care nu pot fi externați.

Evaluare, orientare, calificare, integrare

În formularea oricărui program de recuperare, ca și a măsurilor de protecție pentru asigurarea existenței bolnavilor psihici (ajutoare de boală, concedii medicale, pensii), un moment important îl reprezintă acțiunea de evaluare a handicapului și a capacității restante de muncă. De altfel, într-un sistem medico-social eficient, evaluarea și expertiza capacității de muncă constituie numai o etapă, neavînd deci un scop în sine.

În concepția românească, pentru expertiza medicală a capacității de muncă, *deficiența se interpretează de pe poziție integralistă* — psihologic, psihopatologic — *apreciindu-se componentele psihice nealterate, nivelul reducerii performanțelor, concomitent cu definirea fenomenologiei psihopatologice și a gradului ei de compensare.* Aceste precizări permit o viziune mai clară, o apreciere mai corectă a capacității de muncă. Noțiunea de defect, de exemplu, este folosită îndeosebi în cazul evoluției psihotice procesuale. Dacă în patologia somatică potențialul funcțional restant este o categorie delimitabilă obiectiv, avînd și un caracter mai stabil, în patologia psihică acest restant funcțional este mai greu de evidențiat, manifestîndu-se cu o mare variabilitate, condiționată de particularitățile psihismului uman, dar și de dinamica bolii propriu-zise.

După cum deficiența psihică constituie componenta negativă a fenomenului, restantul, prin posibilitățile sale compensatorii, reprezintă partea lui pozitivă ; ambele sînt realități dinamice, aflate într-o balanță instabilă și se pot obiectiva în diverse secvențe. Evaluarea realității psihice impune un efort de diagnostic, cu racordarea la clasificările general acceptate, fără a ignora însă particularitățile individuale ale cazului. În evaluarea capacității de muncă, considerăm conceperea diagnosticului clinic ca o sinteză a constelației simptomatologice și a cauzelor care o generează, întrețin, compensează sau agravează. Marea diversitate și mobilitate a modelelor psihopatologice ridică probleme deosebite de precizare nosologică, de evaluare funcțională și încadrare în grade de invaliditate.

Scanned with OKEN Scanner

La evaluarea capacității de muncă în bolile psihice se ține seama de principiile care stau la baza diagnosticului clinic — dar mai ales a celui funcțional :

- diagnosticul clinic explicit, analitic ;
- diagnosticul clinic interferențial ;
- diagnosticul clinic în dinamică, privind evoluția sindromologică, în plan longitudinal, specifică bolilor psihice.

Rezultatul ? Un model de formulare predominant analitic și explicit, datorat și necesităților de decodificare a diagnosticului, ilustrare a faptului că în sistemul de evaluare corectă și recuperare a capacității de muncă participă, interdisciplinar, mai mulți specialiști. În formularea diagnosticului trebuie să se reflecte stadiul și forma particulară a bolii, tipul de evoluție și intensitatea manifestărilor. În patologia psihică, importanța intricărilor somatice este deosebită, peste 50% dintre pacienți avînd afecțiuni sau alterări funcționale semnificative ale diferitelor aparate (23).

În efortul de a crea un aparat diagnostic cît mai obiectiv, autorii americani au elaborat un sistem informațional ce include următoarele documente : • prognosticul medical al afecțiunii, care ar determina o inabilitate de cel puțin 12 luni ; • plîngerile amănunțite ale bolnavului ; • descrierea medicală a deficitului psihic ; • date de laborator și psihologice ; • caracterizarea personalității ; • istoricul profesional (24). Criteriile psihice (25) se referă la : inteligența efectivă a subiectului, starea sa afectivă, contactul cu realitatea, existența unor comportamente deviate sau a unor trăsături de personalitate favorabile/nefavorabile — toate fiind considerate semnificative în procesul de adaptare la muncă. În fapt, pentru stabilirea invalidității, importanță mai mare decît diagnosticul o are aprecierea abilității de a funcționa, rezultată din evaluarea inteligenței efective, stării afective, trăsăturilor de personalitate, comportamentului actual. În ultimele decenii a sporit rolul examinărilor psihologice, menite să obiectiveze perturbările diferitelor funcțiuni psihice — deficitul propriu-zis al activității psihice —, atît prin psihometrie, cît și — mai puțin însă — prin probele ce se adresează evaluărilor de personalitate (26). În evaluarea posibilităților psihice reale ale copilului, efectuată foarte timpuriu, pentru detectarea deficitului psihic congenital pot apărea multe erori, legate de insuficiența senzorială, instrumentală, prosexică, educațională. Relativ recent (27), s-a descris fenomenul *„profeției ce se autoîmplinește"* (P. Mittler), prin care copii întîrziați și neglijați educațional, în primii ani de viață, sînt cotați drept irecuperabili și plasați în cămine-spital pentru cronici. Datorită îngrijirilor precare și a lipsei, în continuare, a stimulilor educaționali, ei împlinesc „profeția", supoziția inițială, care nu se justifică însă prin intensitatea deficitului mintal intrinsec. Acest fenomen are profunde implicații socio-economice cînd evaluarea devine mai curînd o acțiune de „screening" (28).

Recuperarea în bolile psihice, în pofida unor similitudini cu cea din patologia somatică, prezintă o serie de particularități. Determinantul major al oricărei acțiuni de recuperare se consideră existența unui defect adaptativ (29), focusul fiind plasat asupra limitelor funcționale ale subiectului. Sarcinile medicale se vor concentra, astfel, asupra opririi sau eliminării simptomatologiei (29, 30), recuperarea fiind dirijată spre redobîndirea performanțelor corespunzătoare statutului și rolului social anterior.

Ce se urmărește prin recuperare ?

- Prevenirea deteriorării și reducerea defectului.

Scanned with OKEN Scanner

• Asigurarea posibilității unei persoane cu defect de a trăi cît mai bine posibil.

• Acordarea competenței, în vederea cîștigării stimei de sine și a reducerii stigmatului de suferință psihică.

Fără servicii de recuperare, bolnavii psihotici și aproape toți cronicii organici se deteriorează, devin incapabili să supraviețuiască în afara regimului instituțional, existența lor transformîndu-se într-o povară pentru sine și pentru societate (28, 31).

În strategia recuperării se conturează pe plan mondial două modele :

■ Cel din S.U.A., unde incapacitățile sînt mai degrabă ignorate, planurile de recuperare concentrîndu-se asupra activităților care ar putea descoperi și dezvolta aspectele pozitive, calitățile restante ale bolnavului (11).

■ Modelul din Marea Britanie prin care atenția se focalizează asupra deficitelor funcționale, cît și asupra elaborării unui sistem teoretic și practic, destinat să le depășească (32).

Eforturile actuale sînt dirijate, după C. Ague și colab. (1977), spre depășirea numeroaselor deficite ce depind de maladia însăși și de repercusiunile asupra bolnavului și a anturajului său (6). Ele sînt menite să aducă bolnavul cel puțin într-o situație din care să poată profita la maximum de capacitățile sale reziduale, în contextul cel mai normal posibil (31, 34).

Deși se discută despre similitudinile acțiunilor terapeutice cu cele recuperatorii propriu-zise, ambele utilizînd parțial aceleași metode și procedee, diferența dintre terapia biologică, psihoterapie, socioterapie este reală ca obiective și proporție. Obiectivele recuperării (35) nu sînt neapărat corelate cu simptomele, sarcina ei fiind să formuleze acțiuni orientate către problemele de fiecare zi ale subiectului și confruntările sale cu existența din afara spitalului. După J. S. Werry și colab., problemele adaptative ale subiecților se plasează în cel puțin cinci sfere :

— activitatea domestică, incluzînd viața de familie ;
— activitatea profesională ;
— relațiile interpersonale ;
— modul de consum al timpului liber ;
— modul de rezolvare a problemelor financiare și de administrare a bugetului personal.

Se insistă mult asupra unor acțiuni direcționate precis, care pot fi evaluate săptămînal și lunar, progresia permițînd creșterea exigenței procesului recuperator. În formularea unui program de reabilitare intensivă, de pildă, efectuat asupra unui grup de 30 bolnavi (1978) cu leziuni cerebrale severe s-au stabilit trei obiective :

a) schimbarea comportamentului individual, prin psihoterapie, educație cognitivă, învățarea utilizării eventualelor proteze și profesionalizare ;

b) crearea unui mediu de suport emoțional, încît atît personalul recuperator, cît și pacienții să trăiască împreună cîteva ore pe zi, fiind asimilați grupului terapeutic ;

c) ameliorarea psihoterapeutică a raporturilor vieții intracomunitare (grupul social al pacientului, familia, prietenii, funcționarii).

Criteriile de selecție : — coeficient intelectual relativ satisfăcător — QI peste 80 — ; familie cooperantă ; absența unor probleme emoționale

severe (sau motivaționale) (36). Autorii sugerează că, în formularea planului de recuperare, diagnosticul nosologic este numai parțial de ajutor, pentru că mulți pacienți sînt handicapați sever și necesită o recuperare bazată mai curînd pe funcția socială decît pe tratamentul simptomelor specifice.

O altă problemă ce trebuie reținută este aceea a efectelor deosebite ale medicației, mai ales în psihozele majore: schizofrenie și psihoză maniaco-depresivă. S-a arătat astfel că reducerea substanțială, în ultimele decenii, a numărului bolnavilor din spitalele psihiatrice se datorează în primul rînd introducerii unor preparate farmaceutice eficiente (neuroleptice, antidepresive, săruri de litiu), inclusiv a celor cu absorbție lentă. Datorită acestui fapt, în S.U.A., de exemplu (37), s-a ajuns de la 550 000 de internați, în 1955, la 215 573 în 1973; în raport cu sporirea populației, numărul lor ar fi trebuit să atingă 880 000. S-a redus corespunzător și media zilelor de spitalizare de la 395,0 la 41 în 1971, tendință pe care unii specialiști o consideră în detrimentul eficienței terapeutice (38). Introducerea, după 1966, a psihotropelor cu acțiune îndelungată a accentuat reducerea duratei de spitalizare. Astfel, un studiu efectuat în 1973 (39), arăta scăderea numărului zilelor de spitalizare la schizofreni, de exemplu, de la 4 248, la 53, iar al internărilor — de la 36 la 3 (17 bolnavi urmăriți timp de doi ani). În sistemul britanic, unde o soră se deplasează periodic la domiciliul pacientului, administrînd gratuit medicația, remisiunea se stabilizează (41). Studii germane arată că în rata crescută a recăderilor se includ și administrarea nesatisfăcătoare, neordonată a medicației neuroleptice, absența măsurilor recuperatorii și, posibil, un mediu inadecvat din punct de vedere al stimulărilor (prea reduse sau exagerate). Altă problemă mult discutată este momentul instituirii acțiunilor recuperatorii în raport cu tratamentul propriu-zis. Datorită evoluției îndelungate a bolilor psihice, dacă nu se aplică imediat, încă de la debut, măsuri complexe — terapeutice, recuperatorii —, cu includerea verigilor familial-profesionale și sociale —, se poate produce deteriorarea ireversibilă a capacităților adaptative.

În cazul bolilor psihice, deci, metodele terapeutice clasice se împletesc cu cele recuperatorii, acțiunea de recuperare incluzînd și tratamentele efectuate încă de la debutul maladiei (42); *eficiența lor va fi cu atît mai mare, cu cît acționează asupra bolnavului în mediul său natural, familial și social*. Din acest punct de vedere, putem descrie metode recuperatorii, aplicate încă de la începutul tratamentului, în scopul conservării capacităților psihice, corelate și urmate de acțiuni în vederea inserției în familie; după cum o serie de măsuri vor fi îndreptate spre restructurare, în scopul integrării profesionale a bolnavului sau deficientului, înțeleasă în sensul *menținerii în aceeași activitate sau al reîncadrării sale într-un loc de muncă* (asemănător sau diferit), *după o nouă orientare și profesionalizare*.

Familia și societatea, cu rol major în asigurarea sănătății mintale, devin de neînlocuit în procesul de recuperare al afectărilor psihice.

Ca urmare a delimitării posibilităților de a realiza un grad sporit de maturitate socială pentru handicapați, în comparație cu cel estimat prin nivelul general al performanțelor „academice", al dezvoltării unei tehnologii recuperatorii (concretizată în diferite metodici) și al asistenței medicale ambulatorii, *s-a constituit sistemul recuperării în comunitate*. O serie de oligofreni și alți handicapați congenital de grad mediu sau mai sever,

supuşi unor procese de învăţare specializată şi educaţie corespunzătoare, au căpătat astfel competenţă socială suficientă pentru a realiza o existenţă satisfăcătoare în comunitate : • convieţuire în familie ; • activitate în ateliere protejate ; • efectuarea unei bune părţi din obligaţiile vieţii cotidiene ; • deplasări independente. În ultimele două decenii, s-a dezvoltat conceptul „normalizării" (Grünewald, Gunzburg, Dybwad), strîns legat de sistemul recuperării în comunitate (43, 44, 45). După Gunnar Dybwad (1976), principiul normalizării nu înseamnă — aşa cum ar părea la prima vedere — transformarea handicapatului într-o fiinţă complet normală —, ci acceptarea sa în societate, în pofida defectualităţii, şi asigurarea unor condiţii cvasinormale de existenţă — ca şi pentru alte categorii de cetăţeni —, inclusiv tratament, învăţămînt şi educaţie, adaptate la cerinţele individuale.

Aceasta ar implica o acţiune la trei niveluri :

1) Persoana handicapată mintal trebuie să fie învăţată şi să i se permită să se comporte într-un asemenea mod încît să fie percepută ca un non-deviant sau cît mai puţin deviant. În acest sens, se relevă importanţa formării sistematice a deprinderilor sociale, a asigurării maturităţii sociale.

2) Persoana handicapată ar trebui considerată deviantă în raport cu alţii, într-un asemenea mod, încît diferenţele să fie minimalizate iar similarităţile cu cei normali, maximalizate.

3) Accentul trebuie să cadă asupra modificării atitudinii publicului, care să ajungă să accepte devianţa, în general, inclusiv devianţa în inteligenţă, educaţie, aparenţă, îmbrăcăminte, vorbire. Devianţa celor întîrziaţi mintal va fi diminuată însă numai în măsura în care cetăţenii obişnuiţi vor cîştiga o mai largă percepţie a normalităţii.

Aplicarea acestei concepţii în practică urmăreşte cel puţin trei obiective (N. E. Bank Mikkelsen, 1978) : *asigurarea condiţiilor pentru o activitate socială utilă ; îmbunătăţirea condiţiilor de locuit ; crearea unor posibilităţi adecvate pentru consumarea timpului liber* (46, 47).

Sistemul recuperării în comunitate renunţînd, în bună măsură, la modelul medical, a confirmat importanţa nevoilor educaţionale speciale ale handicapaţilor, indiferent de forma şi intensitatea defectualităţii. *Pe plan mondial, cel puţin pentru copii, se recunoaşte că unităţile educaţionale şi nu cele sanitare sau ale asigurărilor sociale ar trebui să fie responsabile de educarea şi şcolarizarea handicapaţilor, indiferent sub îngrijirea cărei autorităţi se află aceştia.* Într-o serie de state dezvoltate şi, în parte, în România a fost creat un sistem coerent de instituţii de diferite tipuri, cu accent asupra celor cu profil educaţional, destinate îndeosebi defectivilor mintal, motor şi senzorial (48, 49, 50). Din experienţa recentă se degajă cîteva principii referitoare la recuperarea, cu precădere, a defectivilor mintal şi a bolnavilor cu deficit senzorial şi motor : • depistarea precoce, în primii ani de viaţă ; • intervenţia precoce şi susţinută, în echipe complexe de specialişti ; • utilizarea părinţilor drept educatori, prin alcătuirea unor programe speciale în acest sens ; • îngrijirea la domiciliu, direct, în familie prin deplasarea personalului recuperator specializat *(psychiatric nursing at home)*.

Astfel, în Danemarca, prin grădiniţe speciale, diferenţiate în raport cu predominanţa afecţiunii motorii sau psihice, se ajunge la înscrierea copiilor handicapaţi încă de la vîrsta de 6 luni. Ceea ce nu împiedică să

Scanned with OKEN Scanner

se susţină, totuşi, valoarea integrării unor copii mai puţin întîrziaţi, direct în grădiniţele de copii normali. Cu un amendament : acordarea unui sprijin tehnic din partea specialiştilor în recuperare (51).

Pentru ca familiile, unde copii handicapaţi sînt menţinuţi acasă, să poată duce o viaţă normală şi să se refacă psihic şi emoţional, au fost înfiinţate diverse forme de îngrijire tranzitorie — educatoare cu ora, pentru după-amiază, creşe săptămînale, cămine pentru perioade scurte de internare, în timpul repausului de sfîrşit de săptămînă sau concediu ; s-au asigurat ajutoare materiale, ţinîndu-se seama de cheltuielile suplimentare pe care le implică existenţa unui asemenea copil. Se consideră preferabilă internarea de scurtă durată, deşi, pentru unele cazuri (handicap multiplu, defectivi sever, familii dezorganizate), cea prelungită nu poate fi înlăturată. Pentru tînărul şi adultul handicapat se recomandă programe educaţionale specifice, întrucît dezvoltarea psihică mai lentă continuă după vîrsta de 25 de ani. Ele sînt aplicate fie într-un cadru instituţional clasic, în spitale de psihiatrie, fie în alte locuri comunitare : ateliere protejate, cămine-internat, locuinţe individuale, ateliere de muncă industrială obişnuită. În sistemul recuperării în comunitate prin ajutor material efectiv, antrenarea în diferite acţiuni în spitalele de cronici, organizarea de excursii, spectacole, controlul eficienţei administrative (52), o importanţă deosebită au căpătat-o comitetele de părinţi, organizaţiile obşteşti, de tineret şi caritabile, printre care Crucea Roşie.

Recuperarea reprezintă, deci, un proces îndelungat, a cărui eficienţă este condiţionată de o îndrumare medicală permanentă (53) şi de participarea cooperantă a familiei şi instituţiilor socio-profesionale (loc de muncă, învăţămînt, instituţii juridice, culturale, economice etc.), în etapele succesive din cadrul programului recuperator, program care trebuie cunoscut de fiecare compartiment în parte. Orice slăbiciune a uneia dintre verigile procesului terapeutic-recuperator poate avea ca rezultat atît stagnarea şi supraaglomerarea sarcinilor, cît şi compromiterea procesului recuperator, în general.

Iniţial, în unitatea sanitară se instituie preponderent terapia biologică, medicamentoasă şi psihoterapia, reproducîndu-se, în acelaşi timp, elemente din mediul familial şi social, în vederea stimulării capacităţilor restante şi a împiedicării destructurării psihice secundare ; cu acelaşi scop, bolnavii sînt antrenaţi în diverse activităţi terapeutice recuperatorii (terapie ocupaţională, ergoterapie, socioterapie etc.). La ieşirea din spital, tratamentul medicamentos trece pe plan secundar (de întreţinere), rolul preponderent în recuperare deţinîndu-l mediul profesional, familial şi social. Dar *pentru integrarea socio-profesională este nevoie* — în multe cazuri — *de o nouă profesionalizare*, în unităţi specializate în acest sens, care să răspundă şi de orientare şi încadrare.

Prin *ergoterapie* — una din căile readaptării prin muncă, dar şi metodă de tratament — *se vizează restabilirea funcţională a capacităţilor fizice şi mintale cu ajutorul unor activităţi constructive, concepute şi dirijate de către un medic ergoterapeut* (54). Efectele favorabile ale acestei metode în recuperarea şi reintegrarea socio-profesională a deficienţilor şi invalizilor psihici au determinat extinderea ei în majoritatea ţărilor lumii în reţeaua de asistenţă medico-sanitară şi de asistenţă socială.

Valoarea curativă şi formativă a activităţii (55) — luată în sens larg —, element care stă la baza ergoterapiei, a fost cunoscută încă din

Scanned with OKEN Scanner

ceie mai vechi timpuri. Folosirea unor metode cu conținut ergoterapic — întîlnite, inițial, în antichitate — Herodicus, Hippocrate, Aurelianus, Galen ș.a. — devine o preocupare conturată clar începînd cu secolul al XIX-lea, în Franța (P. Pinel, 1809 ; J. E. Esquirol, 1838 ; Falret etc.), Anglia (W. Tuke), Germania (J. C. Reil, 1803), S.U.A. (T. Scatergood). Un pas hotărîtor în dezvoltarea acestei metode îl reprezintă ergoterapia „specifică", idee susținută inițial de H. Simon — principiul fundamental —, respectiv concordanța dintre tipul activității și anomalia mintală Folosirea ergoterapiei ia avînt în special în S.U.A., Anglia, Germania și apoi în Suedia, Olanda, Irlanda, Scoția, U.R.S.S., Franța etc. ; cresc ca număr și se diversifică unitățile de ergoterapie, tinzînd să cuprindă majoritatea bolnavilor spitalizați — acuți și cronici — și o bună parte din cei ambulatori. Se instituie școli sau cursuri speciale pentru instruirea personalului auxiliar, necesar ergoterapiei ; iau ființă asociații naționale de terapie ocupațională (Anglia, S.U.A.) ; problemele practice și teoretice ale ergoterapiei sînt dezbătute în reviste proprii, conferințe naționale și internaționale, în 1951 creîndu-se Federația Mondială de Terapie Ocupațională.

Odată cu extinderea metodelor curative cu conținut ergoterapic, au apărut și divergențe de opinii privind denumirea acestora. Termenul de „terapie ocupațională", folosit prima dată de E. Barton, în 1915 (New York), a fost adoptat în mod definitiv de americani, englezi și — în general — de țările anglo-saxone, la sfîrșitul primului război mondial, respingîndu-se termenul „ergoterapie" propus de E. C. Reil (1914), ca fiind prea limitativ, imprecis și cu o semnificație restrictivă. Situația este alta la francezi — și, ulterior, la francofoni —, care resping denumirea „terapie ocupațională", considerînd-o, datorită unor diferențe lingvistice proprii, lipsită de precizie și rigoare, motiv pentru care adoptă denumirea de „ergoterapie". O a treia poziție este susținută, de exemplu, de V. A. Granis (U.R.S.S.) și de specialiști români, care consideră că terapia ocupațională și ergoterapia nu se suprapun integral, ci reprezintă două etape într-un proces, prima precedînd-o pe cea de a doua. *Terapia ocupațională* este definită, astfel, ca o *activitate orientativă, diferențiindu-se ocupațiile, în raport cu aptitudinile bolnavului, cu un caracter „aplicativ" și ocupațiile distractiv-culturale*. Aceste forme sînt considerate etape de tranziție către ergoterapie. Terapia ocupațională ar necesita, conform acestor opinii, reglementări mai puțin stricte și ar putea fi realizată fără mijloace materiale deosebite sau personal suplimentar. Care este, totuși, scopul ergoterapiei sau al terapiei ocupaționale ? Neutralizarea afecțiunii sau a urmărilor acesteia, *ergoterapia fiind o metodă de tratament complementară mijloacelor clasice* (medicamentoase, biologice, fizioterapice etc.) (55, 56, 57).

Această metodă, cu rol activ în ameliorarea stării fizice și psihice a pacientului, își propune să corijeze deficiențe funcționale și repercusiunile lor asupra diverselor planuri ale existenței, prin practicarea acelor ocupații care solicită înseși funcțiile deficitare (termenul de „funcție" fiind luat aici în sensul lui cel mai larg), în bolile psihice neputîndu-se delimita întotdeauna net, simptomul, de tulburarea funcțională (ele se intrică deseori sau sînt echivalente).

Ergoterapia își va atinge scopul numai după descoperirea acelor activități particulare, care apelează la funcțiile ce se cer restabilite după

Scanned with OKEN Scanner

realizarea concordanței dintre activități și incapacitățile sau deficiențele concrete ale pacientului.

Acest principiu presupune respectarea a trei condiții :

1) evaluarea cît mai exactă a tipului și gradului deficienței, reprezentînd, de altfel, punctul de orientare al întregului proces recuperator ;

2) cunoașterea exigențelor și solicitărilor concrete (gestuale, fiziologice, psihologice etc.) ale activităților recomandate ;

3) alegerea activității potrivite și cît mai „specifice" în raport cu deficiențele bolnavului, eroarea echivalînd, în acest caz, cu o incorectă prescripție terapeutică, ce poate duce, uneori, la accentuarea tulburărilor sau a disfuncțiilor.

Aceste activități trebuie să răspundă următoarelor criterii :

a) *să fie simple, comune, binecunoscute, la îndemîna fiecăruia și necostisitoare* (raportat la prețul de cost al investițiilor) ; să nu necesite perioade îndelungate de instruire și să ducă la obținerea, în scurt timp, a unor obiecte finite ;

b) *să fie utile* — caracterul „aplicativ" al ocupațiilor însușite și confecționarea unor obiecte de uz curent, artizanale etc. stimulează interesul, încrederea în sine a bolnavilor ;

c) *să fie variate,* fiecare activitate necesitînd un număr mare de adaptări și schimbări potențiale, care să dea posibilitatea unei selecții suple a ocupației, în concordanță cu deficiența globală și cu evoluția maladiei, cu înclinațiile și preferințele bolnavului. Perioada de acomodare — mai ales cînd predomină inerția, apatia — începe într-un atelier de ergoterapie simplă, manuală, unde bolnavii sînt antrenați să observe activitatea celorlalți și apoi îndrumați să execute o muncă simplă, ușoară, complexitatea activităților crescînd progresiv de la o etapă la alta ; fără îndoială, stabilirea unor trepte în raport cu gradul de complexitate și cu caracteristicile muncii se face în raport de concepția conducerii fiecărei unități, interesele terapeutice nefiind, în nici un caz, subordonate celor administrative ; nu trebuie pierdut din vedere nici faptul că o divizare excesivă a muncii, cu operații monotone, neatractive, favorizează izolarea, autismul, stereotipiile ;

d) *să fie liber acceptate,* fără constrîngerea bolnavului ; în măsura posibilului, ergoterapia trebuie individualizată în raport cu aptitudinile, deprinderile, aspirațiile și dorințele pacientului, în scopul participării sale active și voluntare, al dezvoltării inițiativei și trezirii încrederii în sine, al interesului pentru viața emoțională ; atitudinea bolnavului față de activitatea pe care o prestează oglindește — în ultimă instanță — eficacitatea tratamentului ;

e) *continuitatea activității* este, de asemenea, un element important al succesului terapeutic (întreruperile prelungite duc uneori la anularea rezultatelor pozitive), continuitate care nu trebuie însă asimilată unor norme de muncă ritmică, susținută, pentru îndeplinirea unor sarcini de plan ; activitatea ergoterapică va include perioade de lucru, alternînd cu perioade distractive și de repaus.

Formele principale de ergoterapie — descrise, clasificate și folosite cu unele deosebiri după autor, școală și țară — ar putea fi grupate în funcție (56, 57, 59, 60, 61, 62) de scopul urmărit :

a) *tehnici de „readaptare"* — incluzînd activități cotidiene, menajere, care orientează bolnavul spre sarcini concrete de viață ;

Scanned with OKEN Scanner

b) *„tehnici de bază"* incluse în toate serviciile de ergoterapie modernă — implică activități tradiționale, dominate — parțial sau integral — de regulile meseriei (țesătorie, tîmplărie, croitorie, mecanică etc.);

c) *activități artizanale și artistice* — denumite de unii autori terapii *„re-creaționale"* (Licht) — care stimulează inițiativa, creativitatea bolnavilor, exprimarea emoțiilor prin intermediul unor acțiuni constructive;

d) forme ergoterapice, așa-zis *„industriale"*, cu un caracter mixt curativo-productiv, reprezentînd forme de trecere spre activitatea productivă remunerată și care pot fi „modele experimentale" pentru viitoarea orientare profesională a bolnavilor; uneori se apelează, de exemplu, la întreprinderi sau unități care trimit diverse produse spre finisare.

În stabilirea celor mai eficiente metode ergoterapice, Sivadon a selectat două categorii de factori:

a) cei determinați de caracteristicile activității — tipul de activitate, sistemul de lucru, materialul folosit etc.;

b) factori dependenți de bolnavi — densitatea (optimă: 20—30 de subiecți), omogenitatea și structura grupului, gradul de specializare, colaborare și responsabilitate. Corelarea judicioasă a acestor factori, în raport cu particularitățile individuale ale bolnavilor, creează premisele unor bune rezultate terapeutice, recuperatorii.

După părerea noastră numărul optim al bolnavilor dintr-o grupă pentru activități ergoterapeutice este între 7 și 15.

În literatura de specialitate există un consens asupra faptului că această corelare trebuie stabilită de medicul ergoterapeut (56, 57); cel ce prescrie natura activității, regimul și durata de lucru al fiecărui bolnav, realizînd coordonarea și controlul procedeelor aplicate.

Instructorii ergoterapeuți, formați în centre speciale, primind o informare medico-psiho-socială și o pregătire în diverse activități cu caracter artizanal și profesional, sînt auxiliari medicali. Ei trebuie să cunoască bine exigențele ocupațiilor și activităților ergoterapice întreprinse, tipul și gradul de incapacitate concretă a deficientului cu care lucrează, informînd medicul asupra particularităților de personalitate sau comportament, care pot scăpa la un examen psihic general, ori se pot modifica pe parcurs. Scopul urmărit permanent de instructorul ergoterapeut este adaptarea activității, în raport cu evoluția bolii.

Ergoterapia reprezintă o metodă eficientă de prevenire a consecințelor inactivității, expresie a hospitalismului, caracterizat prin plictiseală, pasivitate, resemnare, scăderea interesului pentru mediul înconjurător și concentrarea asupra propriei persoane, generînd introspecția patologică, sentimentul de dependență și inutilitate.

Efectele pozitive ale ergoterapiei se pot observa pe diferite planuri: • generează o atmosferă de lucru antrenantă, care învinge pasivitatea și crește tonusul general, preîntîmpinînd degradarea fizică și psihică a bolnavului, ce apare la întreruperea prelungită a activității; • orientează pacientul spre un scop constructiv, distrăgîndu-l de la preocupările sale morbide; • stimulează interesul pentru o serie de lucruri, pînă atunci indiferente, precum și interesul, toleranța față de muncă, pregătind astfel readaptarea profesională; • creează condiții favorabile pentru reluarea și susținerea unor relații interpersonale satisfăcătoare; • trezește interesul pentru viața în colectiv, realizează o stabilizare emoțională, favorizînd eliberarea unor tensiuni intrapsihice excesive, reducerea sau elimi-

Scanned with OKEN Scanner

narea neliniștii, anxietății ; • conduce la estomparea tendințelor distructive și ostil-agresive, canalizînd energia psihică spre activități creative și recreative ; • contribuie la diminuarea gradului de dependență a bolnavului față de mediu ; • îl face să-și accepte mai ușor invaliditatea ; • modifică comportamentul, în primul rînd prin restabilirea obișnuințelor normale de viață și muncă ; • ameliorează atitudinea față de sine, crește încrederea în propriile forțe, autorespectul, autocontrolul și simțul de răspundere. De altfel, „singurul criteriu valabil în aprecierea valorii ergoterapiei rămîne efectul asupra bolnavului" (59).

Aplicarea acțiunilor ergoterapice nu este lipsită însă de dificultăți : stabilirea criteriilor de alegere a diferitelor genuri de ocupații, a gradului și caracteristicilor participării grupelor de bolnavi sau a reperelor de apreciere a eficienței. Evidența tuturor genurilor de ocupații pentru un bolnav, în cursul zilei, permite aprecierea atît a modificărilor „potențialului individual" — în raport cu o anumită ocupație — cît și a potențialului ocupațional general al întregului serviciu. Experiența diverselor centre specializate relevă utilitatea elaborării unor hărți ale activității ergoterapice, în care se poate urmări dinamica ocupării bolnavilor luați individual și pe întregul serviciu.

Ergoterapia se poate folosi în dispensare, spitale de psihiatrie (secție de ergoterapie cu ateliere terapeutice și, uneori, în ateliere mai mici de ergoterapie, pe lîngă pavilioanele de bolnavi acuți), *staționare de zi, secții speciale extraspitalicești, centre psiho-sociale, cămine-atelier* etc. Primele preocupări se adresează redobîndirii obișnuințelor elementare de igienă personală. Conștientizarea și stereotipizarea impulsiunilor de mișcare ordonată, în vederea atingerii unui scop util, trebuie să înceapă în salonul de acuți al spitalului de psihiatrie, prin contribuția personalului auxiliar și mediu, instructat în acest sens. Condițiile de spitalizare, ambianța salonului, curățenia, luminozitatea, aspectul patului, al lenjeriei, al pereților (culoarea acestora), comportamentul personalului sînt factori cu mare importanță în pregătirea psihică a bolnavilor. Factori ambientali ce trebuie să se asocieze astăzi, în condițiile modernizării continue a spitalelor și secțiilor de psihiatrie, celorlalte forme de tratament.

Schema unui serviciu de ergoterapie (42, 56) ridică de la început o problemă de principiu, și anume alăturarea diferitelor categorii de bolnavi, idee care a cîștigat teren și în cazul integrării bolnavilor cu diferite tulburări psihice, compatibile — bineînțeles — cu prezența într-un grup social. Sînt, de asemenea, încurajatoare rezultatele grupării deficienților psihici cu cei somatici, după o experiență favorabilă de muncă comună, mai ales în etapele orientării-profesionalizării și readaptării. Serviciul este împărțit în ateliere de mecanică, tîmplărie, ceramică, țesături, lucrări artizanale etc., săli și cabinete anexe, o sală permanentă pentru exponatele cu vînzare.

Unele spitale, unde se acordă o importanță mai mare ergoterapiei (în ideea de a răspunde într-o oarecare măsură, multiplelor probleme sau etape ale recuperării), sînt profilate parțial și pentru bolnavi cronici cu un grad de plafonare, la care acțiunile de recuperare au reușit să-i aducă și să-i mențină la o anumită treaptă, însă fără perspectiva depășirii ei. În asemenea unități, ergoterapia îmbracă două forme distincte : agrozootehnică (legumicultură, floricultură, creșterea animalelor etc.) și semiindustrială (care utilizează o schemă de personal mai dezvoltată, urmă-

rirea pe fișe de „producție" a activității bolnavilor, încheierea unor contracte pentru lucrări posibil de realizat și fără termene ferme).

Ergoterapia din spitalul de zi nu se deosebește semnificativ de cea practicată într-o secție de ergoterapie ; în forma semiambulatorie, ea se organizează relativ asemănător, cu cantină și cabinet medical, sugerîndu-se bolnavilor părerea că se prezintă la un fel de serviciu. Avantajul ? Se pretează activităților mai libere, într-o formă relativ semiindustrializată. Personalul calificat inițiază familia în relațiile cu pacientul, astfel încît atmosfera pozitivă de muncă și înțelegere să continue și acasă.

Subliniem însă un aspect de importanță majoră : *întotdeauna scopul procedurilor ergoterapice este predominant medical ;* în cadrul lor, activitățile recomandate au, de preferință (dar nu exclusiv), o formă și o motivație terapeutică. Ergoterapia nu se identifică însă cu acțiunile și procedeele de readaptare profesională propriu-zisă, unde orientarea sau reorientarea profesională, realizate în vederea reintegrării profesionale, devine principalul mobil. Cele două tipuri de acțiuni recuperatorii nu se delimitează categoric în timp, putîndu-se suprapune parțial sau completa. *Existența* acestor zone de *interferență între ergoterapie și readaptare profesională (60) explică apariția,* în unele țări (de exemplu, în Anglia, Franța), a acelor unități cu caracter mixt, curativo-productiv, de tipul *„atelierelor de reeducare"*, al *„atelierelor de readaptare"*, *„atelierelor protejate"*, inserate în întreprinderi și în circuitul lor, primind bolnavi cu anumite afecțiuni sau deficiențe, bolnavi care altfel nu ar fi putut munci. Prin asistența medicală sistematică și condiții protejate de lucru, ei vor continua să se mențină în activitatea profesională.

Orientarea profesională

Complexitatea problemei, semnalată în numeroase studii, a determinat Organizația Internațională a Muncii să formuleze, încă din anul 1950, o serie de recomandări, privind formarea profesională a adulților, inclusiv a invalizilor. Completate, în anul 1970, de către O.N.U. și O.M.S. cu recomandări de ordin social și medical.

Handicapatul psihic, fiind supus presiunilor vieții sociale, necesită din partea colectivității înțelegere și ajutor organizat, eficient ; numai în asemenea condiții el poate deveni productiv și independent, în loc să rămînă, în continuare, o grea sarcină pentru colectivitate (42, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 62, 63).

În unele țări se aplică scheme ierarhizate ale modalităților readaptării la muncă a bolnavilor psihici. Punctul de pornire îl constituie, în general, principiile clasice de educație profesională, cu adaptări specifice grupurilor de pacienți. Se estimează în primul rînd posibilitățile de adaptare și readaptare naturală la o anumită muncă, urmărindu-se recîștigarea dorinței de activitate, pierdută nu numai din cauza bolii, dar și a îndepărtării prelungite de mediul de lucru, reducerii contactului cu lumea (64), a simpatiei (și uneori, a empatiei) persoanelor din colectivul de lucru. *Miza este dezvoltarea sentimentului de utilitate,* atît de necesar bolnavilor psihici. Stabilirea cadrului de activitate, în care să aibă loc exerciții progresive, repetate, ale componentelor muncii va condiționa însăși reușita acestor etape (62), deficientul avînd posibilitatea să dobîndească noi

Scanned with OKEN Scanner

cunoștințe teoretice și practice, în vederea creșterii nivelului său de calificare.

Treapta următoare ridică problema unei organizări care să răspundă sarcinilor de orientare și profesionalizare a bolnavilor cu deficiență psihică mai mare. Asemenea pacienți nu pot fi integrați într-o activitate organizată decît după o perioadă de pregătire, necesară modificării aspectelor psihice negative din sfera unor funcții sociale, datorate bolii și spitalizării ; ei vor beneficia de aceeași metodologie, urmărindu-se stabilirea diferențiată a nivelului de profesionalizare sau reprofesionalizare, iar printr-un plafon mai redus de încărcări profesionale, vor ocupa posturi și funcții mai ușoare ; de aceea, cunoașterea lor constituie o condiție indispensabilă a recuperării. De asemenea, se organizează locuri de muncă mai ușoare, amenajate în raport cu posibilitățile deficientului, un rol important revenind ergonomiei, în general, și psihoergonomiei, în special. În Anglia (64) de exemplu, în afara departamentelor de reabilitare spitalicească și a centrelor medicale de reabilitare, activează unitățile reabilitării industriale (*Industrial Rehabilitation Units* — I.R.U.), formații care depind de Departamentul de angajări și productivitate, ocupîndu-se de persoanele ce au depășit vîrsta școlară și se găsesc, datorită unor incapacități provizorii de muncă, în imposibilitatea de a obține sau păstra un serviciu. Ele urmăresc orientarea acestora spre o activitate pe măsura propriilor posibilități și pregătirea pentru munca de atelier. Cele 22 I.R.U. sînt situate de obicei în interiorul sau apropierea marilor orașe ; majoritatea funcționează în sistem de internat și au, în general, pînă la 100 de locuri, cu o cuprindere de 10 000 de persoane pe an. Între I.R.U. și centrele medicale de reabilitare există o strînsă legătură, specialiștii în probleme de muncă și medicii fiind într-un permanent schimb de informații și consult reciproc. Apartenența diferită a celor două forme de reabilitare a dus la unele neconcordanțe în activitate și a determinat crearea unor centre mixte. Un exemplu, cel al lui Gastrom Manor, de lîngă Londra. În fiecare unitate I.R.U., unele funcționînd pentru bolnavii mintali, lucrează un specialist în probleme de orientare și profesionalizare a handicapaților, cu sarcina de a-i îndruma și ajuta să găsească locuri corespunzătoare de muncă. Există însă și întreprinderi unde, în ateliere conduse de ingineri, deficienții muncesc sub control medical.

În Franța, o întreagă legislație se referă la orientarea și profesionalizarea deficienților (Legea din 30 octombrie 1946, Legea din 1957, privind reabilitarea muncitorilor handicapați, completată de Decretul de aplicare din 1962), principiile fiind asemănătoare celor din modelul englez.

În activitatea centrelor de readaptare la muncă — repetăm —, un loc important îl deține *studiul locurilor de muncă, asociat examenelor de orientare, orientarea fiind, de altfel, o preocupare continuă în cursul procesului de readaptare* (66). În concepția franceză, activitatea acestor centre este strîns legată de acțiunile intraspitalicești de readaptare și postcură, dar ele diferă de centrele de reeducare profesională prin aceea că nu asigură profesionalizarea. Asemenea unități nu fac altceva decît să reproducă modelul viitoarelor activități profesionale ale deficienților. Un astfel de centru cuprinde ateliere de muncă ușoară — asemănătoare celor de ergoterapie, destinate primirii și observării bolnavului —, și ateliere de orientare, unde sînt testate aptitudinile deficientului. Aici, pe modele diferite de posturi de muncă din ateliere specializate, handicapatul

lucrează pentru atingerea unui scop din ce în ce mai precis. În aceste ateliere se realizează două deziderate majore: readaptarea la efort și readaptarea pentru o activitate susținută — de obicei cu profil predominant industrial. Specificitatea metodelor readaptative pentru reinserția socio-profesională a bolnavilor mintali a condus la organizarea unui sistem de postcură, sub forma consultațiilor și a căminelor de postcură (67), cu ambianță familială, confortabilă, primitoare. Sistemul postcură se prelungește prin spitalele de zi, care contribuie la evoluția favorabilă a maladiei (lărgind și adîncind relațiile lui sociale) și, în cadrul centrelor de readaptare (unele special profilate) și de postcură sau chiar al întreprinderilor (68), unde se urmărește pregătirea profesională.

Profesionalizarea

În planul general recuperator al bolnavilor psihici, un loc deosebit are *reprofesionalizarea, în vederea încadrării în muncă, după o prealabilă readaptare* (42, 61, 69, 70). După primul război mondial, s-a folosit termenul de „reeducare profesională", care exprimă acțiunea desfășurată de un deficient adult în perspectiva învățării unei meserii diferite de cea anterioară, ceea ce se realizează în ateliere amenajate special, organizate și grupate pe baza unor programe și sub directa coordonare a unui personal calificat. *Scopul? Însușirea de cunoștințe și practici tehnice corespunzătoare viitoarei profesii.* Care este însă diferența dintre reeducare profesională și pregătire profesională? Pregătirea profesională se adresează mai ales tinerilor (cu afecțiuni ereditare, congenitale sau dobîndite în primii ani de viață), care nu au avut posibilitatea să se pregătească, în condițiile unei școlarizări normale, pe cînd reeducarea profesională urmărește recalificarea adultului deficient, incapabil să mai facă față exigențelor muncii anterioare. Ceea ce presupune că *reeducarea nu va atinge întotdeauna nivelul de calificare anterioară.* Cu cît acest nivel de pregătire este mai scăzut, cu atît reeducarea profesională devine mai dificilă. Avantajul aparent al calificării inferioare pare a fi acela de a nu necesita mijloace deosebite pentru a atinge un nivel apropiat celui anterior îmbolnăvirii. Cele două tipuri de profesionalizare folosesc, astfel, două modele organizatorice specifice. Nu lipsesc nici experiențele în care s-au aplicat programe mixte și nici încercările de a integra deficienți diferiți. Această problemă trebuie abordată însă cu multă atenție, deoarece niciodată copilul sau tînărul deficient psihic nu pot concura la studii cu cei sănătoși, care, în mod obișnuit, tind să-i respingă. Ceva mai ușoară pare a fi reprofesionalizarea (reeducarea) adulților, unde fenomenul se manifestă mai puțin brutal. *Procesul re/profesionalizării (42, 71) trebuie să țină seama de vîrstă, nivel de cultură, aptitudini, tipul de evoluție și stadiul bolii, gradul deficienței și al compensării defectului.* Durata profesionalizării deficientului psihic depinde, de asemenea, de randamentul la învățătură și de cel practic, depășind însă 2—3 ani, dacă eforturile se dovedesc utile. În unele cazuri, această perioadă poate fi mult mai scurtă (72). Similar etapei ergoterapice, *problema re/profesionalizării poate fi rezolvată pe plan național numai prin teritorializare.* În numeroase țări, funcționează de mult timp centre de reeducare și pregătire profesională (73), unități cu drept prin lege să elibereze certificate „de aptitudine" și „formare profesională", onorate prin încadrare în muncă. Limita de vîrstă: 17 și 40 de ani, deficienții primind în această perioadă bursă.

O problemă grea, rezolvată parțial în psihiatrie, rămîne organizarea centrelor de pregătire pentru „muncitori specializați". Reținem însă că dificultățile nu sînt proprii doar defectivilor psihotici, ci și grupului mai numeros al nevroticilor și psihopaților. Reeducarea lor profesională este dificilă și din cauza ancorării în boală, a acomodării cu statutul social de invalid (74). Și în profesionalizarea deficienților psihici se cere cunoașterea vechiului loc de muncă și catagrafierea condițiilor de lucru (de la locul de muncă pînă la ramura de activitate). În cea mai mare măsură profesionalitatea va depinde de calitatea evaluării capacității de muncă. Astfel, în unele centre, cursurile durează trei ani — un an de inițiere și doi de specializare —, existînd secții pentru femei și pentru bărbați, cu diferite ateliere unde toți deficienții fac un stagiu, prin rotație, în vederea stabilirii preferințelor (N. R. Chaumout, *Read*, 155, 1968).

Încadrarea

În etapa actuală, psihotropele, în special cele cu absorbție lentă, au făcut evoluția bolilor psihice incomparabil mai bună. Astfel s-a delimitat în prezent o categorie de handicapați care nu mai ajung în faze terminale, rămînînd într-o stare defectuală cu unele posibilități compensatorii, care le permite să se autoîngrijească și să ducă o activitate mai mult domestică, pe măsura capacităților restante; și alt contingent de handicapați, în special nevrotici și psihopați, prezintă, în raport de stadiul evoluției sau intensitatea fenomenelor morbide, deficiențe de grade diferite. Multora, profesionalizarea sau reprofesionalizarea le va permite desfășurarea unei activități dar sub nivelul celei anterioare îmbolnăvirii (70, 71). În funcție de posibilitățile restante, se apelează la acele forme de activitate care cer o muncă organizată cu un grad variabil de randament. Deoarece nu întotdeauna se poate realiza încadrarea deficienților în condițiile muncii obișnuite, în multe state s-au creat locuri de muncă sau ateliere cu activitate adaptată posibilităților, în condiții însă cît mai apropiate de normalitate, astfel încît să nu genereze sentimentul de inferioritate sau frustrație (74, 75). Posturi deci, cu muncă ușoară sau amenajate în întreprinderi după specificul diverselor sindroame și stări defective. În țara noastră, munca protejată este înscrisă în Codul muncii sub forma obligativității întreprinderilor de a reîncadra persoanele cu gradul III de invaliditate, principiu stipulat și în legislațiile altor state. Astfel, Legea franceză din 1957 cuprinde reglementări referitoare la munca cu program redus, angajarea în locuri de muncă ușoară, obligativitatea organelor administrative de a face recensămîntul acestor locuri de muncă. Deficienții pot fi încadrați într-un atelier protejat sau într-un centru de ajutor prin muncă, unde să ducă o activitate pe măsura posibilităților, cu un ritm de lucru propriu, retribuția fiind proporțională cu randamentul.

Atelierele protejate se organizează mai ales pentru deficiențele ușoare, apropiindu-se foarte mult de atelierele obișnuite. *Centrele de ajutor* prin muncă, în schimb, sînt rezervate celor cu deficiențe mai accentuate și randament scăzut, programul, ritmul și mijloacele de lucru avînd o mare laxitate. Cea de a treia formă, *Centrul de distribuire a muncii la domiciliu*, este organizată pentru deficienții gravi, care nu pot părăsi locuința. Fără îndoială, aceste forme sînt relativ delimitabile, întrucît handicapul nu poate fi apreciat întotdeauna cu mare exactitate.

Scanned with OKEN Scanner

Întrucît aceste unități lucrează în deficit bugetar, problema financiară rămîne deosebit de serioasă (mai ales în cazul atelierelor protejate) ; motiv pentru care toate unitățile unde sînt încadrați exclusiv bolnavi. cărora li s-a stabilit că munca în condiții obișnuite este imposibilă, trebuie sprijinite din punct de vedere financiar.

Organizația Internațională a Muncii a inclus, încă din anul 1954, aceste aspecte în recomandările sale, insistînd asupra facilităților ce trebuie acordate, precum și asupra necesității încadrării deficienților ameliorați în locuri de muncă cu condiții normale. A. Rosier pledează ca asemenea principii, privind munca protejată, să devină elemente ale politicii fiecărui stat. Aceste probleme au fost dezbătute la Conferința europeană de la La Haye (1960) și la Congresul de la Varșovia (1969), o soluție considerîndu-se amenajarea atelierelor protejate în cadrul cooperativelor de producție cu gestiune proprie, de la intrarea materialelor de producție pînă la valorificarea (vînzarea) produselor finite. *Ateliere protejate pot fi organizate și în cadrul marilor întreprinderi, unde handicapații proprii sau din afară desfășoară o activitate care face parte din procesul de producție, fără să se ridice însă, în mod special, problema randamentului.* Avantajul ? Se păstrează legătura dintre angajat și întreprindere. O altă formulă este aceea a micilor întreprinderi unde lucrează deficienți, unități care pot avea organizare și conducere unică, chiar dacă sînt răspîndite pe tot teritoriul țării. În unele state, asemenea unități au căpătat o dezvoltare deosebită, înregistrînd chiar succese financiare, succesul unor produse de calitate. Atelierele protejate — indiferent de forma de organizare — se amplasează în orașele mari sau în imediata lor apropiere, pentru a facilita legăturile industriale și comerciale, condițiile de transport și locuit, distracțiile, relațiile sociale și activitățile culturale ale deficienților. În Franța, Ministerul Sănătății Publice și al Securității Sociale a stabilit, printr-o circulară din 1970, condițiile de construire, organizare și funcționare a acestor ateliere, vîrsta de admitere a handicapaților fiind între 16 și 50 de ani. Munca din atelierele protejate poate fi de tipul producției directe — de la materia primă la obiectul finit și valorificarea acestuia — sau al subasamblării — simplă și mai eficace, folosită cu precădere într-o formă de subantrepriză prin care întreprinderile solicită executarea unor părți dintr-un ansamblu de producție. Avantajul celei de a doua forme constă în eliminarea oricăror preocupări în afară de execuția comenzii primite. În atelierele protejate, s-a calculat că randamentul este cu 30—70% mai mic față de normal, motiv pentru care — subliniem din nou — acestea necesită ajutor financiar. În raport cu situația, poate fi folosită formula externatului sau a internatului, prin crearea unui cămin, anexă a atelierului protejat. Sistemul atelierelor protejate a fost adoptat în multe țări, precum Franța (unde s-a desfășurat de altfel și Congresul din 1971 al Federației Asociației de Postcură), Anglia (unde a luat ființă, din anul 1945, o mare organizație „Rempley", fără scop lucrativ, sprijinită de stat și care dispune de 90 de întreprinderi răspîndite în țară, cu un număr de 7 000 de handicapați), Olanda (la 10 milioane de locuitori există 200 de ateliere protejate totalizînd 25 000 de locuri) (76).

În afara atelierelor protejate, *bolnavii psihici care nu s-au readaptat* (nu și-au reluat vechiul loc de muncă) *pot fi orientați și spre cooperative de invalizi.* O tendință agreată pe plan mondial pare să fie aplicarea cu

Scanned with OKEN Scanner

prioritate a metodei integrării deficienților psihici printre cei somatici, deși nu lipsesc susținătorii unei concepții contrarii, motivate de randamentul diferit și raporturile de opoziție dintre cele două grupuri. În afara oricăror forme intermediare de înțelegere între cooperative și alte instituții sau unități de recuperare a bolnavilor psihici, munca în cooperativa de invalizi trebuie individualizată, organizată pe profiluri și ateliere, într-o formă contractuală cu toate drepturile și obligațiile ce decurg din aceasta. Condițiile de muncă în asemenea unități trebuie să concorde cu principiile psiho-ergonomice și de protecție a muncii. În Polonia, de exemplu, s-au dezvoltat cooperativele de invalizi (fac parte din Uniunea Cooperativelor de Producție și sînt incluse în Planul economic național), unele fiind conduse chiar de bolnavi. Rolul lor ? Adaptarea la muncă, pînă la formarea profesională și încadrarea deficientului într-un atelier protejat (77).

*

* *

Paralel cu dezvoltarea societății, recuperarea handicapaților se plasează tot mai mult în atenția unităților medicale, asistenței sociale, guvernelor și organizațiilor internaționale. În scopul întocmirii unui program complex de asigurare a unei vieți sociale și economice satisfăcătoare pentru *handicapați, deficienți* și *vîrstnici,* au fost organizate „Anul internaționol al handicapaților" (1981), „Adunarea generală pentru vîrsta a treia" (1982), „Decada persoanelor handicapate" (1983—1992). Cu ocazia acestor întîlniri, specialiști și experți O.M.S. au semnalat :

• *Nu toate țările dispun de datele de bază,* privind *incidența* și *prevalența* fiecărui tip de handicap, informații absolut *necesare în planificarea pregătirii cadrelor de specialitate, dotarea cu mijloace corespunzătoare, organizarea școlilor de orientare profesională ;* în *stabilirea modalităților de înlăturare a oricăror bariere fizice.* După datele existente, se estimează că *10% din populația globului are limite în activitatea zilnică,* datorate unor probleme psihice sau senzoriale, prevalența fiind ceva mai mare în țările în curs de dezvoltare. Dintre aceștia, 29% sînt complet handicapați, iar 60% au dificultăți în exercitarea profesiei sau chiar în activitățile zilnice.

• Prin satisfacțiile imediate, *medicina afecțiunilor acute a reprezentat,* din totdeauna, *o atracție mai mare pentru corpul medical,* ceea ce a dus la neglijarea consecințelor acestor boli.

• *Programele de învățămînt nu sînt orientate suficient asupra evaluării și asistenței bolnavilor cronici, a handicapaților ; nu există pregătire universitară sau postuniversitară în reabilitare pentru medici, psihologi, ingineri, specialiști pentru aparatură specifică, și nici pregătire medie vizînd asistenții sociali, logopezii, ergoterapeuții, kinetoterapeuții etc.*

• Multe state nefiind afiliate la sistemul internațional de codificare al deficienților și handicapaților, este exclusă *posibilitatea comparării interțări a situației și rezultatelor diverselor studii,* ceea ce, favorizează paralelisme în cercetare, irosirea de fonduri și forțe.

În vederea înlăturării unor astfel de deficiențe, O.M.S. a recomandat : • *realizarea unei bănci de date,* prin care se va cunoaște exact incidența și prevalența handicapaților ; • *racordarea tuturor statelor la*

sistemul internațional de codificare al handicapaților ; • *intensificarea cercetării,* cu orientarea, prioritară, asupra aspectelor *socio-profesionale și economice, trecerea de la programele comunitare de recuperare, la programele naționale.* Aceste programe trebuie să cuprindă toate laturile complexului proces de reabilitare — evaluarea, la scară națională, a nevoilor de personal diversificat, mijloace, dispozitive, aparatură ; de asemenea, necesitățile de școlarizare, construcții speciale și de transport, pentru lichidarea barierelor fizice și sociale de orice natură.

BIBLIOGRAFIE

1. BORCEA A., CONSTANTINESCU S., MITROFAN I., ZAHARESCU M., IONESCU E., STĂNILOIU F. — Un sistem metodologic necesar și posibil în elaborarea unui program de recuperare a capacității de muncă a bolnavilor pensionari, *Neurol. Psihiat., Neurochir. (Buc.),* iun. 1980, p. 81.
2. * * * — La classification internationale des infirmités, incapacités et handicaps, *Chronique O.M.S.,* oct., 1980, *34,* 10, 389—432.
3. BROWN G. W. — Length of hospital stay and schizophrenia ; a review of statistical studies. *Acta Psych. Neurol. Scand.,* 1960, 35, 414—430.
4. BROWN G. W., BONE M., DALISON B., WING J. K. — Schizophrenia and Social Care, Meudsley Monograph, nr. 17, Oxford University Press, Londra, 1966.
5. WING K. J. — The measurement of behaviour in chronic schizophrenia. *Acta Psych. Neurol. Scand.,* 1960, 35, 245—254.
6. AGUE C., CIOMPI L., DAUWALDER J. P. — La réadaptation socio-professionnelle des malades mentaux ; la recherche en Angleterre et ses implications pratiques. *Soc. Psychiat.,* 1977, 12, 95—106.
7. MITTLER P. — People, not patients, Methnen, Londra, 1979.
8. BERGER E., SPIEL W. — Soziale Integration von behinderten Kindern und Jugendlichen. *Pädit. Pädol.,* 1976, 11, 168—177.
9. RACE D. G., RACE D. M. — Investigation into the Effects of Differing Caring Environments on the Social Competence of Mentally Handicapped Adults (progres rep. nr. 2), University of Reading, 1976.
10. BROWN G. W., MONCK E. M., CARSTAIRS G. M., WING J K. — Influence of family life on the course of schizophrenic illness, *Brit. J. Prev. Soc. Med.,* 1962, 16, 55—68.
11. GOLDBERG D. — Principles of rehabilitation, *Comprehens. Psychiat.,* 1974, 15, 237—248.
12. WING J. K., BROWN G. W. — Institutionalism and Schizophrenia, Cambridge University Press, Londra, 1970.
13. PORTERFIELD J. — Profoundly Handicapped Adults Can Do Much More (rep. of a research study), Teaching and Training, 1978, 16, 3—10.
14. HUGGINS R. — Resettlement after Mental Illness, *Brit. Care and Rehabilit.,* 1975, 33—35.
15. WING J. K. — Social and psychological changes in a rehabilitation unit. *Soc. Psychiat.,* 1966, 21—26.
16. LAMB R., GOERTZEL V. — The Long term Patients in the Era of Community Treatment, *Arch. Gen. Psych.,* 1977, 37, 679—682.
17. LAMB R., HOFFMAN F., HOFFMAN A., OLIPHANT E. — No place for schizophrenics ; the Unwelcome Consumer Speaks Out, *Psychiat. Ann.,* 1976, 6, 12, 688—692.
18. POKORNY A. D., THORNBY J., KAPLAN H., DWAYNE B. — Prediction of Chronicity in Psychiatric Patients, *Arch. Gen. Psychiat.,* 1976, 33, 932—937.
19. GREENLEY J. R. — The psychiatric patient's family and length of hospitalization, *J. Hlth. Soc. Behav.,* 1972, 13, 25—37.
20. STRAUSS J. D., CARPENTER W. T. — Prediction of Outcome in Schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiat.,* 1977, 34, 159—163.
21. PHILLIPS L. — Social competence, the process-reactive distinction and the nature of mental disorder. În : Psychopathology of Schizophrenia (sub red. Hoch P. H., Zubin J.), Grune and Straton Inc., New York, 1966.

Scanned with OKEN Scanner

Legislația privind bolnavii psihici

Scurt istoric al concepțiilor referitoare la asistența bolnavului psihic
Date comparative de legislație privind bolnavii psihici periculoși

Analiza „periculozității" bolnavului psihic. Statutul și rolul de bolnav psihic. Concepția școlii românești de psihiatrie în organizarea asistenței bolnavilor psihici „periculoși". Antipsihiatrie — cauze, obiective, consecințe. Critica antipsihiatriei. Psihiatria modernă, comunitară.

1. Primele reglementări referitoare la asistența bolnavilor psihici

Întîrzierea în cunoașterea cauzelor îmbolnăvirilor mintale a defavorizat receptarea și îngrijirea umanitară a bolnavului psihic. Astfel, secole de-a rîndul, în determinismul suferinței mintale au fost incriminate influențele unor divinități adverse, bolnavul psihic fiind considerat periculos și trecut în sarcina preoților, care, în cadrul unor ceremonii religioase, încercau să îndepărteze așa-zisele duhuri malefice. Dacă în epoca primitivă sau sclavagistă bolnavul beneficia totuși de o anumită protecție — am putea-o numi protecție „de cult" — în Evul Mediu, înainte de a fi ars pe rug, el era supus unor torturi organizate public. Îmbolnăvirea psihică devenea o ocazie de a fi speculată, deci, în favoarea și fervoarea terorii religioase. Bula Papei Inocențiu al VIII-lea legifera astfel cu... inocență măsurile de pedepsire a celor ce „se lăsau de bună voie stăpîniți de diavol"; în lucrarea „Malleus maleficarum", doi călugări dominicani, Iacob Sprienger și Henrich Institoris, descriau atît metodele și mijloacele de tortură și exterminare a bolnavilor psihici, pentru anul 1487, cît și metodele pentru descoperirea „posedaților" (1).

Îmbolnăvirile psihice, considerate atentat la „dreapta credință", trebuiau declarate și condamnate cu promptitudine, iar pentru descoperirea suferinzilor psihici se organizau adevărate „vînători", soldate cu condamnări la moarte, măsurile represive neocolind nici protectorii acestor bolnavi. În secolul al XV-lea și al XVI-lea, se descriu epidemii de „posesiuni ale diavolului", rezolvate simplu: prin ardere pe rug.

Vremea condamnărilor la moarte a fost treptat depășită și înlocuită de detenție. Considerați „cei mai criminali dintre criminali", bolnavii psihici au ajuns să fie întemnițați în închisori sordide, fiind supuși unui regim identic celui destinat animalelor sălbatice: celule întunecoase, neaerisite, neîncălzite (ex. Bedlam — Anglia); în perioadele de agitație erau biciuiți și puși în lanțuri. În zilele de sărbătoare, contra unor sume

de bani, vizitatori curioși pătrundeau în aceste închisori — mici inferne — pentru... divertisment. Ulterior, „tratamentului" prin bătaie i se adaugă înfometarea, sîngerarea, purgația excesivă, băile sau dușurile reci, antispasticele. Asemenea „terapii active" urmăreau restabilirea, cu forța, a rațiunii „pierdute sau rătăcite".

Sub influența ideilor umaniste, o parte din îngrijirile bolnavilor psihici a fost preluată de mănăstiri, apoi și de așezăminte spitalicești, realizîndu-se trecerea de la ocrotirea monahală, la îngrijirea medicală. Dar și în asemenea instituții, cu un regim mai blînd, condițiile de cazare continuau să rămînă deficitare, de tip azilar, bolnavii fiind supuși unor tratamente dure, menținuți în lanțuri, în spatele grilajelor de fier, subnutriți, izolați, neglijați.

Încă înainte de a se fi clarificat cauzele îmbolnăvirilor psihice, împotriva unor astfel de practici s-au ridicat numeroși gînditori. Astfel, Hippocrate (secolul al IV-lea î.e.n.), recunoscînd creierul drept sediu al proceselor psihice, recomanda în îngrijirea bolnavilor psihici tratamente blînde, raționale. Soranus din Efes (anul 95 e.n.) milita pentru introducerea unui regim uman, fără constrîngere; chiar pentru bolnavii agitați recomanda blîndețe, prevenirea oricăror lezări corporale. Sînt *idei care au stat la baza principiului „no restraint" al psihiatriei moderne.*

În Franța, *Ph. Pinel* (1755—1826), *după anul 1793, eliberează din lanțuri bolnavii psihici* din spitalul Bicêtre și Salpêtrière, atitudine care *marchează începutul epocii moderne în asistența psihiatrică.* Măsuri asemănătoare s-au aplicat, în anul 1794, în Italia de către Chiaruggi iar în Anglia, la insistența unui simplu cetățean, William Tuke, din orașul York, a fost organizată o casă de sănătate, unde s-au interzis pedepsele corporale și tratamentele brutale.

Efortul lui Pinel nu a fost zadarnic. Englezul J. Conolly (1792—1866) a extins umanizarea îngrijirii bolnavilor psihici, prin înlăturarea cămășii de forță și a tratamentelor înjositoare.

Cu toate că au trecut aproape 200 de ani de la această eliberare, timp în care s-au înregistrat progrese însemnate în psihopatologie, terapeutică, în înțelegerea suferindului, rămășițele psihiatriei feudale mai persistă în unele locuri și astăzi, îmbrăcînd forme noi. Pentru înlăturarea lor, intervin psihiatrii, alți specialiști, familia bolnavilor, opinia publică. Sub această presiune, asistența bolnavilor psihici se îmbunătățește continuu, experimentîndu-se modele noi, introducîndu-se reglementări care să garanteze îngrijirile de calitate, nediscriminatorii, umanitare.

Potrivit părerii unor specialiști de prestigiu, *însuși gradul de dezvoltare și nivelul de civilizație a societății pot fi apreciate după modul în care bolnavul, handicapatul psihic este receptat și acceptat, îngrijit, sprijinit și protejat.*

Pînă în secolul al XVIII-lea nu a existat nici o reglementare juridică referitoare la bolnavii mintali. Abia în anul 1793, Constituția franceză înscrie dispoziții care privesc direct bolnavii mintali: „Ajutorul social este o datorie sfîntă. Societatea trebuie să asigure membrilor ei nefericiți existența, fie prin asigurarea unui loc de muncă, fie prin acordarea mijloacelor de existență celor incapabili de muncă". Din rîndul celor nefericiți, făceau parte și bolnavii mintali.

După Codul Napoleon — din care s-au inspirat mai tîrziu cele mai multe legislații ale Europei occidentale — încep să apară reglementări juridice consacrate bolnavilor mintali. Astfel, Codul Napoleon prevedea

Scanned with OKEN Scanner

sancțiuni pentru cei care, avînd în îngrijire bolnavi mintali periculoși, nu-i supravegheau. O lege specială însă, privitoare la bolnavii mintali, apare în Franța abia în 1838 — „Lois sur les aliénés", care instituționalizează asistența bolnavilor mintali.

În Prusia, în 1803, prin „Rescript des Stadtsrates", se stipulează drepturile și îndatoririle organelor de poliție pentru protejarea societății de agresivitatea alienaților; numai în cazuri excepționale, pe baza avizului unui medic psihiatru și a hotărîrii judecătorești, bolnavul era declarat alienat periculos și internat în instituții speciale. Astfel, această legislație proteja societatea de agresivitatea alienaților și, în același timp, ferea individul sănătos și bolnavul mintal de o eventuală internare nejustificată. Un ordin special din 1804 prevede necesitatea sesizării organelor de justiție, în vederea cercetării fiecărui caz de internare fără hotărîre judecătorească.

Un pas înainte în umanizarea asistenței psihiatrice l-a constituit Legea din 1838, promulgată în Prusia, lege care interzicea declararea oficială a alienării unei persoane internate într-un spital de psihatrie, cu scopul de a-i facilita redobîndirea drepturilor după externare și a-i preveni prejudiciile.

În Anglia, prudența necesară internării într-un spital de psihiatrie a constituit în 1842 subiectul unei dezbateri în Parlament, motivată de posibilitatea comiterii unor erori din neștiință sau interes. Cu această ocazie, s-a subliniat că „în ospiciile particulare englezești sînt reținuți cel puțin 100 de oameni tot atît de sănătoși ca și deputații din parlament" (1).

Țara noastră, atît în privința asistenței bolnavilor psihici, cît și în asigurarea prin lege a unor garanții împotriva abuzurilor se înscrie, încă din secolul al XVII-lea, printre statele cu vederi progresiste (2).

Ca și în alte țări, primele instituții românești de acordare a asistenței psihiatrice caritabile au fost organizate pe lîngă mănăstiri: Căldărușani, Schitul Malamuci, Mărcuța (Muntenia), Jitea și Madona Dudu (Oltenia), Neamț, Golia și Schitul Adam (Moldova). Însă reglementări cu caracter umanitar, privind regimul bolnavilor psihici, au apărut cu mult înainte de întemeierea acestor așezăminte. Un exemplu: *Pravila lui Matei Basarab* (1652): „Pentru ca judecătorul să recunoască dacă e vorba de un bolnav psihic, el trebuie să întrebe medicul care îl va recunoaște cu ușurință. Nebunul, chiar dacă a comis vreun delict, nu va fi pedepsit pentru aceasta, dar, pe de altă parte, nu va fi nici lăsat în libertate, pentru ca să nu umble pe drumurile țării; el va fi supravegheat continuu, pînă cînd își va recăpăta rațiunea" (2).

În anul 1896, după modelul legii franceze din 1838, intră în vigoare „Legea asupra alienaților" (Monitorul Oficial 203/15 dec. 1894), care obligă spitalul de psihiatrie să informeze în scris organele de procuratură despre orice internare. Prefectul avea obligația să viziteze periodic spitalele de psihiatrie, să controleze registrul de internări, să ceară precizări cu privire la bolnavii spitalizați și să tragă medicii la răspundere, în cazul nerespectării dispozițiilor legale sau al îngrijirilor inumane (3).

Cu timpul, atît legislația țării noastre, cît și legislațiile altor țări, au înregistrat progrese pe linia umanizării asistenței bolnavilor psihici și a stipulării unor garanții în apărarea acestora împotriva abzurilor și tratamentelor înjositoare (4).

Scanned with OKEN Scanner

2. Reglementări actuale internaționale și de legislație internă privind bolnavii psihici

Documente internaționale și legislații interne ale celor mai multe țări conțin în prezent dispoziții mai mult sau mai puțin ample, referitoare la bolnavii psihici.

Unele din declarațiile și pactele internaționale, adoptate de Organizația Națiunilor Unite sau de organizații internaționale medicale, acordă bolnavilor psihici protecție legală și garanția unui tratament corespunzător, prin dispoziții ce privesc, în general, drepturile fundamentale ale omului, aplicabile, implicit, și bolnavilor psihici : Declarația universală a drepturilor omului din 1948 ; Pactul internațional privind drepturile civile și politice și Pactul internațional privind drepturile economice, sociale și culturale, din 1966, ratificate de R. S. România în 1974. Altele acordă protecții prevăzute în mod special pentru aceștia : Declarația drepturilor deficientului mintal, din 1971, și Declarația drepturilor persoanelor handicapate, din 1975.

Alte documente privind bolnavii mintali au fost adoptate de *organizații internaționale medicale :* Declarația de la Helsinki a Asociației Medicale Mondiale, completată la Tokio în 1974, Declarația Adunării Generale a Asociației Mondiale de Psihiatrie (Hawaii, 1978) (5).

Vom urmări cîteva din principiile și normele înscrise în documentele internaționale citate :

— *respectarea demnității umane ;* bolnavii psihici au, indiferent de originea, natura sau gravitatea tulburărilor, aceleași drepturi fundamentale ca și concetățenii lor, ceea ce implică în primul rînd dreptul la o viață decentă și normală pe cît posibil (pc. 4 din Declarația drepturilor persoanelor handicapate ; pct. 1 din Declarația drepturilor deficientului mintal ; art. 1 din Declarația universală a drepturilor omului) ;

— *recunoașterea aceloraşi drepturi civile ca și a celorlalte persoane ;* dacă bolnavii psihici nu sînt capabili să exercite efectiv totalitatea drepturilor lor sau dacă o limitare sau suprimare a acestor drepturi este necesară, procedura folosită pentru aceasta trebuie să apere în mod legal pe bolnav împotriva oricăror abuzuri ; procedura trebuie să se bazeze pe o evaluare, efectuată de experți calificați, a capacităților lor sociale ; limitarea sau suprimarea drepturilor va fi supusă unor revizuiri periodice și dă drept de apel la instanțe superioare (pct. 7 din Declarația drepturilor deficientului mintal ; pct. 4 din Declarația drepturilor persoanelor handicapate ; pct. 8 și 10 din Declarația universală a drepturilor omului ; art. 9 pct. 1 și 4 și art. 14 pct. 1 din Pactul internațional privind drepturile civile și politice). Dispoziții asemănătoare sînt cuprinse și în Declarația Asociației Mondiale de Psihiatrie, din 1978 (Hawaii) ;

— *dreptul la îngrijire și tratament medical și psihologic, la readaptare medicală și socială, la educație, la formație și readaptare profesională, la ajutor, sfaturi, servicii de plasare și alte servicii care să asigure punerea în valoare maximă a capacităților și aptitudinilor lor și să grăbească procesul integrării și reintegrării sociale* (pct. 6 din Declarația drepturilor persoanelor handicapate ; pct. 2 din Declarația deficientului mintal ; ar. 12 din Pactul internațional privind drepturile economice, sociale și culturale). Aceste drepturi sînt prevăzute și în Declarația Asociației Mondiale de Psihiatrie, din 1978 (Hawaii) ;

Scanned with OKEN Scanner

— *dreptul de a trăi în mijlocul familiei proprii sau alt loc care o poate înlocui și de a participa la activități sociale, creative sau recreative*; bolnavii mintali nu pot fi supuși, în ce privește domiciliul lor, la un regim distinct, decît dacă aceasta este impusă de starea lor sau este necesară pentru ameliorarea acestora; dacă șederea lor într-o instituție specială este indispensabilă, mediul și condițiile de viață trebuie să fie cît mai apropiate de cele ale vieții normale a persoanelor de vîrsta lor (pct. 9 din Declarația drepturilor persoanelor handicapate; pct. 4 din Declarația drepturilor deficientului mintal; art. 9 și 12 din Declarația universală a drepturilor omului; art. 9 pct. 1 și art. 17 din Pactul internațional privind drepturile civile și politice);

— *asistență legală calificată*, dacă aceasta este indispensabilă pentru protecția persoanei și a bunurilor; dacă bolnavii mintali sînt supuși unei urmăriri judiciare, ei trebuie să beneficieze de o procedură legală care să țină seama de condiția lor mintală (pct. 11 din Declarația drepturilor persoanelor handicapate; pct. 5 din Declarația drepturilor deficientului mintal);

— *protecția împotriva oricărei exploatări, reglementări sau tratamente discriminatorii, abuzive sau degradante* (pct. 10 din Declarația drepturilor persoanelor handicapate; pct. 6 din Declarația drepturilor deficientului mintal; art. 5 din Declarația universală a drepturilor omului; art. 7 din Pactul internațional privind drepturile civile și politice);

— *dreptul la securitatea economică și socială și la un nivel de viață decent*; dreptul — în măsura posibilităților lor — *de a obține și de a păstra un serviciu sau de a exercita o activitate utilă, productivă și remunerată și de a face parte din organizațiile sindicale* (pct. 7 din Declarația drepturilor persoanelor handicapate; pct. 3 din Declarația drepturilor deficientului mintal; art. 22 și 23 din Declarația universală a drepturilor omului; art. 7 din 9 din Pactul internațional privind drepturile economice, sociale și culturale);

— *bolnavii mintali, familiile lor și ceilalți în mijlocul cărora trăiesc trebuie să fie informați de drepturile pe care aceștia le au* (pct. 13 din Declarația drepturilor persoanelor handicapate, Declarația Asociației Mondiale de Psihiatrie — Hawaii);

— *recunoașterea drepturilor bolnavilor mintali, fără deosebiri sau discriminări bazate pe rasă, culoare, sex, limbă, religie, opinii politice sau de alt fel, origine națională sau socială, avere, naștere sau orice altă situație* (pct. 2 din Declarația drepturilor persoanelor handicapate și art. 2 și 7 din Declarația universală a drepturilor omului).

Declarația Asociației Mondiale de Psihiatrie din 1978 (Hawaii) mai cuprinde: dreptul bolnavului psihic de a decide asupra prezentării sale în fața auditoriului (în învățămînt și cercetare), publicării datelor din foaia sa de observație, în scopul asigurării caracterului anonim al pacientului, al securității reputației sale; fiecare bolnav aflat în tratament are dreptul în orice moment și din orice motiv să întrerupă tratamentul început sau participarea la investigații.

Legislațiile interne privind bolnavii psihici conțin reglementări mai mult sau mai puțin dezvoltate, în întreaga lume intensificîndu-se preocuparea pentru îmbunătățirea lor, în sensul recomandărilor specialiștilor O.M.S.:

a) asigurarea în timpul cel mai scurt a unui tratament corespunzător de specialitate ;

b) apărarea bolnavului mintal împotriva oricărui abuz sau tratament înjositor ; bolnavului mintal trebuie să i se acorde aceleași drepturi ca și celorlalți bolnavi și să nu fie privit numai sub aspectul periculozității sale ; intensificarea acțiunilor de educație sanitară a populației și îmbunătățirea colaborării organelor sanitare cu alte organe care au sarcini în asistența bolnavilor mintali ;

c) apărarea bolnavului mintal împotriva oricărei limitări sau suprimări nejustificate a drepturilor ; tratamentul medical nu trebuie să fie instituit pentru a duce la atingerea dreptului la libertate.

3. Reglementări din țara noastră

Bolnavii cu afecțiuni psihice beneficiază de asistență complexă, în primul rînd în baza dispozițiilor legale care prevăd dreptul la asistență medicală și socială pentru toți cetățenii țării.

Astfel, *Constituția* prevede că „statul garantează dreptul la ocrotirea sănătății și asigură accesul neîngrădit al tuturor cetățenilor țării, fără deosebire de naționalitate, rasă, sex sau religie, la asistență socială" ; *Legea nr. 3/1978 privind asigurarea sănătății populației* prevede în art. 2 că „statul asigură întregii populații apărarea și întărirea sănătății, fără deosebire de naționalitate, rasă, sex, sau religie, precum și asistența medicală gratuită, în condițiile prevăzute de lege" ; *Legea nr. 7/1977 privind pensiile de asigurări sociale de stat și asistență socială* prevede că „persoanele încadrate în muncă au dreptul, în caz de îmbolnăvire, la asistență medicală gratuită în spitale și ambulatorii, întreținere și medicamente pe timpul internării, în condițiile legii" ; de asemenea, „pe perioada în care persoanele încadrate în muncă nu-și pot îndeplini obligațiile de muncă datorită îmbolnăvirii care necesită îngrijiri medicale, beneficiază de concedii medicale și indemnizații din fondurile de asigurări sociale de stat" (art. 71) ; „beneficiază de pensie persoanele care și-au pierdut total sau în cea mai mare parte capacitatea de muncă din cauza unei boli contractate în timpul în care erau încadrate în muncă, dacă invaliditatea stabilită este de gr. I sau II" (art. 22) ; „Persoanele incapabile de muncă, datorită vîrstei sau bolilor cronice, invalizii și deficienții de toate categoriile, lipsiți de mijloace proprii de existență și care nu au susținători legali, beneficiază, în condițiile prevăzute de lege, de ajutor social sau de îngrijire în instituțiile de ocrotire și asistență socială, precum și de alte forme de asistență socială" (art. 76).

În afară de aceste prevederi referitoare la asistența medicală și socială în general, de care beneficiază implicit și bolnavii psihici, există și prevederi speciale pentru asistența acestei categorii de bolnavi : prevederile din Decretul nr. 313/1980 privind asistența bolnavilor psihici periculoși (9), din Codul Penal și Codul de procedură penală privind bolnavii psihici care au săvârșit fapte prevăzute de legea penală sau din H.C.M. nr. 1 210/1970 privind organizarea ergoterapiei în unitățile medico-sanitare și de asistență socială (12).

Din reglementările menționate rezultă că asistența medicală complexă, acordată bolnavilor cu afecțiuni psihice constituie o parte inte-

grantă a asistenței sanitare și are drept scop refacerea sănătății, îmbunătățirea capacității de adaptare la condițiile de viață în familie, în muncă și societate a bolnavilor, precum și prevenirea manifestărilor acute ale bolii care pot constitui un pericol pentru bolnavii înșiși sau pentru cei din jur.

Legislația noastră prevede și alte dispoziții referitoare la bolnavii psihici decît reglementarea asistenței medicale sau sociale a acestora. Unele din ele vor fi prezentate la sfîrșitul capitolului.

4. Reglementări speciale privind bolnavii psihici periculoși (4)

I. Legislația altor state

Reglementări privind bolnavii psihici periculoși există în aproape toate țările. Legislațiile disting bolnavi psihici care prezintă pericol pentru ei înșiși sau pentru alții, fără să fi săvîrșit infracțiuni și bolnavi psihici care au săvîrșit astfel de fapte.

A. Bolnavii psihici periculoși care nu au săvîrșit infracțiuni

Reglementările referitoare la bolnavii mintali periculoși care nu au săvîrșit infracțiuni sînt cuprinse fie în acte normative privitoare la bolnavii mintali în general — sistem folosit de majoritatea legislațiilor —, fie în aceste normative cu un conținut mai larg (exemplu, Legea privind sănătatea publică, din 1975, în Sudan ; Legea generală asupra sănătății, din 1973, în Costa Rica ; Bazele legislației U.R.S.S. și a republicilor unionale privind ocrotirea sănătății, din 1969, completate cu Regulamentul privind spitalele psihiatrice).

Deși conținutul acestora variază mult de la o țară la alta, se poate reține ca element comun reglementarea în toate legislațiile a internării (spitalizării) bolnavilor mintali periculoși.

În raport cu complexitatea condițiilor cerute pentru internarea bolnavilor mintali periculoși și a procedurii de internare și de încetare a acesteia, legislațiile se pot grupa în : *sisteme legislative complexe*, cu numeroase dispoziții și cu metode diferite de internare (ex. Anglia și Țara Galilor, S.U.A., Japonia, Malaesia, Fidji, Egipt), *sisteme cu complexitate medie* (ex. Elveția, Franța, Cipru, U.R.S.S., Canada, Peru, Trinidad-Tobago, India, Pakistan, Republica Democratică Populară Yemen, Ghana, Lesotho), *sisteme elementare cu proceduri simple* (ex. Danemarca, Norvegia, Polonia, Brazilia, Costa Rica, Siria, Nigeria, Senegal, Sudan) și *sisteme care nu prevăd formalități speciale* pentru internarea bolnavilor mintali periculoși (ex. Arabia Saudită, Bahrein, Irak, Iran, Iordania, Kuweit, Qatar, Tailanda, Republica Arabă Yemen, Benin, Etiopia, Rwanda).

Toate legislațiile prevăd posibilitatea internării bolnavilor mintali periculoși fără consimțămîntul acestora. Această internare poate îmbrăca forma unei *internări involuntare* (din oficiu, obligatorie) — prevăzută de toate legislațiile — sau forma unei *internări de urgență* — prevăzută de majoritatea legislațiilor — (cînd este necesară o asistență medicală ime-

diată). Internarea bolnavilor mintali periculoşi poate fi însă şi *voluntară* (cu consimţămîntul acestora sau fără opunere din partea lor), procedeu prevăzut de regulă, pentru bolnavii mintali nepericuloşi.

a) Internarea voluntară. În unele ţări nu există nici o reglementare specială pentru internarea bolnavilor mintali, aceasta efectuîndu-se potrivit formalităţilor cerute pentru oricare altă internare. În alte ţări, sînt prevăzute anumite condiţii şi formalităţi, ca de exemplu : o cerere a bolnavului sau a unei rude ori a tutorelui, însoţită sau nu de un certificat medical ; înştiinţarea despre internare, într-un anumit termen, a unui organ superior sau de control (medic-şef al spitalului, Consiliul naţional de control medical, Consiliul regional de supraveghere a internărilor, Comisia vizitatorilor) ; consimţămîntul scris al bolnavului de acceptare a tratamentului etc.

b) Internarea (spitalizarea) involuntară.

1. *Condiţiile* pe care trebuie să le îndeplinească bolnavul pentru a fi dispusă internarea involuntară.

Unele legislaţii *nu cuprind condiţii speciale* în această privinţă (în special, ţările asiatice : Iordania, Tailanda, Arabia Saudită, Bahrein ; dintre ţările africane : Etiopia). Altele folosesc formulări generale imprecise. De exemplu : „tulburări mintale care justifică internarea" (Cipru), „bolnavul constituie pericol evident sau este abandonat" (Elveţia), persoana este suspectă de alienaţie mintală şi se impune internarea" (Nigeria).

Cele mai multe legislaţii condiţionează internarea de *periculozitatea bolnavului pentru el însuşi, pentru cei din jur sau pentru ordinea şi securitatea publică* (dintre ţările europene, Danemarca, Norvegia, Franţa ; dintre ţările Americii de Nord, S.U.A. — statul Indiana, Canada şi statul Alberta ; dintre ţările Americii Latine — Uruguay ; dintre ţările africane — Egiptul, Beninul, Lesotho, Senegal, Sudanul ; dintre ţările asiatice, Republica Arabă Siriană). Legislaţia sovietică prevede că bolnavul constituie un pericol public cînd prezintă anumite stări patologice cum ar fi : stări depresive însoţite de tendinţe active de sinucidere ; stări maniacale şi hipomaniacale care conduc la o infracţiune contra ordinii publice sau la manifestări agresive faţă de altul ; stări delirante ipohondrice care antrenează o atitudine anormală şi agresivă a bolnavului faţă de anumite persoane, organizaţii sau instituţii etc. În S.U.A., legea statului Indiana prevede că bolnavul este periculos atunci cînd prezintă un risc apreciabil pentru el însuşi sau pentru altul. Anumite legislaţii folosesc formulări ca : „bolnavul este recalcitrant sau agresiv" (ex. Irak), „jenează colectivitatea sau tulbură ordinea publică" (ex. Kuweit).

Motiv al internării involuntare poate fi — potrivit unor legislaţii — şi incapacitatea bolnavului de a se ocupa de el însuşi sau de interesele sale (riscul bolnavului de a se vătăma datorită incapacităţii sale de a se îngriji de alimentaţie, îmbrăcăminte, locuinţă, în S.U.A. — statul Indiana ; din ţările asiatice, ex. India, Fidji, Malaesia, Republica Democratică Populară Yemen) sau lipsa oricărei îngrijiri şi supravegheri a bolnavului mintal ori a mijloacelor de existenţă necesare, abandonarea lui, vagabondajul sau o altă situaţie asemănătoare care îl pune în situaţia de a săvîrşi o infracţiune (ex. Australia, S.U.A. — statul Indiana, Fidji, Pakistan, Tanzania, India) ori necesitatea supunerii bolnavului unui tratament adecvat (ex. Danemarca, Costa Rica, Japonia, Canada — statul Columbia britanică)

Scanned with OKEN Scanner

2. *Organul* care dispune internarea. Legislațiile se grupează în mai multe sisteme, în raport de natura organului care dispune internarea.

Astfel, un mare număr de legislații prevăd că internarea involuntară se dispune de către *instanța de judecată* (ex. din țările europene : Cipru ; din America de Sud : Uruguay ; din Africa : Benin, Etiopia — proiect de lege —, Ghana, Nigeria, Rwanda, Senegal, Tanzania ; din Asia : Bahrein, Fidji, India, Irak, Iran, Iordania, Malaesia, Pakistan, Republica Democratică Populară Yemen din Australia : Australia Meridională și Victoria). Alte legislații — de asemenea în număr mare — acordă *unui organ sanitar* dreptul de a dispune internarea involuntară (ex. din Europa : Danemarca, Norvegia, Anglia și Țara Galilor, Elveția, Polonia, U.R.S.S. ; din America de Nord : Canada — statul Alberta și statul Columbia britanică ; din America Latină : Costa Rica, Trinidad-Tobago și Peru ; din Asia : Arabia Saudită, Japonia, Kuweit, Quatar, Republica Arabă Siriană, Tailanda ; din Africa : Egipt, Lesotho, Sudan). Acesta poate fi *directorul spitalului* (ex. Danemarca, Norvegia, Polonia, Canada — Columbia britanică, Costa Rica, Peru, Quatar, Japonia, Republica Arabă Siriană ; în Anglia și Țara Galilor — administratorul spitalului) sau o *comisie medicală* (Comisia sănătății medicale din fiecare provincie în Sudan ; Comisia din spitalul de psihiatrie, formată din trei medici psihiatri, în U.R.S.S.) sau *ministrul sănătății, adjunctul ori un reprezentant al acestuia* (Arabia Saudită — poiect de lege) sau *departamentul însărcinat cu sănătatea publică* (Elveția — Geneva). Unele legislații cer ca internarea dispusă de organul sanitar să primească o abilitare din partea altui organ (ex. confirmarea Comisiei de control în Egipt ; aprobarea secretarului permanent al sănătății în Lesotho) sau să fie informată despre internare Comisia de control în Norvegia ori Curtea Supremă în Costa Rica. Într-un al treilea sistem, competentă a dispune internarea este *autoritatea administrativă* (ex. în Franța, prefectul).

3. *Dreptul de contestare a internării.* Legislațiile prevăd, în marea lor majoritate, dreptul de a contesta internarea, indiferent de organul care a dispus-o.

— În sistemul în care internarea este dispusă de *instanța de judecată*, hotărîrea de internare este supusă, de regulă, recursului în fața *instanței de judecată ierarhic superioară*, potrivit regulilor comune de procedură în această materie. Există totuși și reglementări speciale, bolnavul, rudele și în anumite cazuri și autoritatea publică putînd contesta internarea în fața *altor organe decît cele judiciare :* Tribunalul de revizuire a cauzelor de sănătate mintală, compus din : un jurist președinte, un medic psihiatru, un alt medic competent și două persoane numite de ministrul sănătății (Ghana — proiect de lege) ; Comisia de supraveghere generală (Uruguay) ; medicul-șef al sănătății (Australia — statul Victoria), Comitetul vizitatorilor din spital (Nigeria). Alte legislații prevăd posibilitatea contestării internării *atît în fața instanței de judecată cît și în fața unor organe nejudiciare* (ex. în India, serviciul sănătății din localitate ; în Irak, Consiliul de protecție a persoanelor atinse de tulburări mintale ; în Iran, mediatorul guvernului).

— În sistemul în care internarea se dispune de *organul sanitar*, majoritatea legislațiilor prevăd dreptul de contestare (recurs) în fața unui *organ nejudiciar*, în general specializat și colectiv, în componența căruia intră uneori și un jurist. Acesta poate fi, de exemplu, Tribunalul de revi-

zie a cauzelor sanitare mintale, al regiunii unde e situat spitalul (în Anglia și Țara Galilor acesta fiind compus dintr-un jurist — președinte — sau mai mulți, numiți de Lordul cancelar, medici numiți de Lordul cancelar cu consultarea ministrului sănătății, membri nespecializați care au experiență în administrație sau în serviciul social ori într-un alt domeniu asemănător; în Trinidad-Tobago, dintr-un judecător la Curtea Supremă, desemnat de guvernatorul general cu avizul judecătorului-șef, directorul spitalului de psihiatrie, o persoană cu calificare convenabilă, alta decît un funcționar al Ministerului Sănătății ori al Ministerului Securității Sociale, desemnată de guvernul general cu avizul Asociației pentru sănătate mintală; în Lesotho, din 2 juriști, 2 medici, 2 alte persoane numite de judecătorul șef al Lesotho, comitetul tribunalului care judecă fiind format din cîte un membru din aceste categorii, juristul fiind președinte; Comisia specială (Canada — Columbia britanică); Comitetul de apel (Canada — Alberta); Comisia de control (Norvegia); Consiliul sănătății mintale (Peru); Comisia de supraveghere psihiatrică, Tribunalul administrativ și Consiliul guvernului (Elveția — Bale Ville); guvernatorul prefecturii (Japonia); Ministerul Justiției (Danemarca).

Alte legislații prevăd dreptul de recurs împotriva internării dispuse de organul sanitar, *în fața instanței de judecată* (ex. Kuweit, Sudan). De asemenea, cîteva legislații prevăd dreptul de a fi atacată cu recurs în fața instanței, hotărîrea dată de organul nejudiciar care a analizat contestația (ex. Canada — Alberta) sau decizia de internare a organului sanitar, după ce aceasta a fost contestată la un organ nejudiciar (ex. Danemarca). În Anglia și Țara Galilor, paralel cu dreptul de contestare a internării în fața Tribunalului de revizie a cauzelor sanitare mintale (organ nejudiciar), există și dreptul de „habeas corpus" în fața instanței de judecată.

În unele legislații nu se prevede nimic special referitor la dreptul de contestare a internării dispusă de organele sanitare (ex. Costa Rica, Polonia, Egipt, Quatar, Tailanda, Republica Arabă Siria). În U.R.S.S., potrivit reglementărilor comune, se poate contesta la organul sanitar ierarhic superior, în baza Decretului privind propunerile, cererile și plîngerile oamenilor muncii sau plîngerea la procuratura locală ca organ de supraveghere a legalității ori ca organ de urmărire penală pentru cercetarea infracțiunii de privare de libertate.

— În sistemele în care internarea este dispusă de *autoritatea administrativă*, este prevăzut dreptul de *recurs în fața instanței de judecată* (Franța).

4. *Controlul periodic* al internărilor. În unele legislații — destul de puține — este prevăzută obligația, în general, pentru unitățile sanitare în care este internat bolnavul, de a-l supune unui control periodic privind starea sănătății, unele legislații cerînd controlul și cu privire la tratamentul aplicat (ex. din țările europene: Anglia și Țara Galilor, Franța, U.R.S.S.; din America de Nord: S.U.A. — statul Indiana și Massachusetts; Canada — Alberta și Columbia britanică; din America Latină, Trinidad-Tobago; din Africa, Sudan; Australia Meridională și Victoria).

Organul obligat cu controlul medical periodic poate fi directorul spitalului (ex. Australia meridională, Canada — Columbia britanică, S.U.A. — Indiana), o *comisie medicală* în cadrul spitalului sau din afară (ex. U.R.S.S., Egipt), *medicul responsabil al bolnavului* sau un alt medic

Scanned with OKEN Scanner

din spital (ex. Lesotho, Australia Meridională, Anglia, Ţara Galilor), *medicul-şef al sănătăţii* (ex. Australia — Victoria), un *tribunal special de psihiatrie* (ex. în Trinidad-Tobago, acesta este format din medicul-şef al sănătăţii publice, magistratul-şef şi 3 membri desemnaţi de Ministrul Sănătăţii). În urma controlului efectuat, poate fi dispusă *încetarea internării* sau *prelungirea* acesteia fie de însuşi medicul sau comisia care a examinat bolnavul, fie de către un alt organ căruia îi este înaintat un raport întocmit în urma examinării.

Intervalul la care trebuie efectuat controlul variază de la *o lună la 5 ani* : cel puţin o dată pe lună în U.R.S.S. şi la o lună în Sudan ; la 2 luni prima dată, apoi la 6 luni în Canada — Alberta ; cîte o dată în cursul primului şi al celui de al doilea trimestru, apoi o dată pe an în S.U.A. — Massachusetts ; o dată la şase luni în Franţa ; semestrial în primii 3 ani de internare şi apoi anual în Australia meridională ; la un an în statul Victoria — Australia, S.U.A. — Indiana, Trinidad-Tobago, iar pentru cei internaţi prin hotărîre judecătorească — la 6 luni ; la un an prima dată, apoi la 2 ani în Anglia, Ţara Galilor şi Canada — Columbia britanică ; în primele 2 luni ale fiecărui an în Lesotho.

5. *Durata internării.* În majoritatea legislaţiilor *durata internării este nedeterminată.* Acest sistem este folosit mai mult în ţările asiatice (Arabia Saudită, Malaesia, Fidji, India, Irak, Japonia, Irodania, Kuweit, Bahrein, Pakistan, Quatar, Republica Arabă Siria, Tailanda, Republica Democrată Populară Yemen) ; în ţările din Armerica Latină : Brazilia, Peru, Trinidad-Tobago, Costa Rica, Uruguay ; în ţările europene : Cipru, Danemarca, Franţa, Norvegia, Elveţia ; în ţările africane : Benin, Ghana, Nigeria, Senegal, Sudan, Tanzania ; în Australia ; în S.U.A. — Indiana — numai pentru bolnavii cronici, dacă se apreciază că tratamentul este necesar cel puţin 90 de zile. În Polonia, deşi legea nu stabileşte nici o durată a internării, directorul spitalului (care decide internarea) este obligat să-i fixeze o durată.

Unele legislaţii *nu precizează, deci, durata internării* (ex. Costa Rica, Japonia).

Alte legislaţii folosesc sistemul *determinării duratei internării,* stabilind un maximum (ex. în S.U.A. — Indiana, maximum 90 de zile, cu posibilitate de prelungire cu încă 90 de zile şi apoi pe o durată nedeterminată ; în S.U.A. — Massachusetts, maximum 6 luni, cu posibilităţi de prelungire cu încă un an ; în U.R.S.S., maximum o lună, cu posibilităţi de prelungire cu cîte o lună).

Alte reglementări privind sistemul *determinării absolute a duratei internării.* Ex. în Canada — Alberta, o lună cu posibilităţi de prelungire cu 2 luni şi apoi cu cîte 6 luni, fără limitare a numărului prelungirilor ; în Canada — Columbia britanică, în Anglia şi Ţara Galilor, un an, cu posibilitate de prelungire cu încă un an şi apoi din 2 în 2 ani ; în Lesotho, un an cu posibilitatea de prelungire cu cîte un an ; în Egipt, un an, cu posibilitatea de prelungire cu cîte un an, apoi cu 2 ani, cu 3 ani şi cu 5 ani.

Unele legislaţii fixează un termen numai pentru internarea dinaintea pronunţării hotărîrii instanţei de judecată, internarea decisă de aceasta fiind nedeterminată. De exemplu, în Iran, maximum 3 săptămîni ; în Nigeria, maximum 28 de zile ; în Senegal, maximum 14 zile.

6. *Incetarea internării.* O clasificare a legislaţiilor în raport de *organul sau persoana care dispune încetarea internării* este greu de stabilit,

deoarece majoritatea legislațiilor acordă competență alternativă mai multor organe și persoane, competență care variază foarte mult de la o legislație la alta :

— *organe sanitare* (directorul sau medicul-șef al spitalului în majoritatea legislațiilor ; medicul care are bolnavul în îngrijire, în S.U.A. — Massachusetts, Irak, Lesotho, Elveția — Geneva ; comisia medicală din spital, în U.R.S.S. ; ministrul sănătății, în Irak — proiect de lege ; secretarul permanent al sănătății, în Lesotho) ;

— *instanța de judecată*, în majoritatea cazurilor cînd și internarea a fost dispusă de către aceasta (Etiopia, Nigeria, Senegal, Tanzania, India și Pakistan, cînd tribunalul a declarat incapacitatea bolnavului, Trinidad-Tobago, Australia, S.U.A. — Indiana ; Canada — Alberta și Etiopia în recursul împotriva internării sau al refuzului directorului spitalului de a dispune încetarea internării) ;

— *organe de control al internărilor și de constatare a acestora* (comitetul de apel de pe lîngă spital în Canada — Alberta ; tribunalul regional de revizuire a cauzelor sănătății mintale în Anglia și Țara Galilor, în Ghana ; Consiliul de supraveghere psihiatrică în Elveția — Geneva ; Comitetul sau comisia vizitatorilor în Pakistan, India, Malaesia, Fidji, Republica Democratică Populară Yemen, Tanzania ; prefectul cu avizul medicului, după examinarea raportului înaintat semestrial de către acesta, în Franța ; guvernatorul prefecturii, în Japonia) ;

— *persoanele care au solicitat internarea, familia bolnavului sau persoanele care îl au în îngrijire și supraveghere* (majoritatea legislațiilor).

În general, se atribuie mai multor organe sau persoane competența de a dispune încetarea internării. Unele legislații acordă acest drept *unui singur organ :* numai directorului sau medicului-șef al spitalului cu sau fără avizul medicului psihiatru, din oficiu sau la cererea familiei bolnavului : Canada — Columbia britanică, Danemarca, Peru, Brazilia, Uruguay, Costa Rica, Arabia Saudită, Bahrein, Republica Arabă Siria ; numai comisia de psihiatri din spital, în U.R.S.S. ; numai instanța de judecată, la cererea familiei, cu certificat medical semnat de medicul-șef al spitalului sau de 2 medici, în Iran.

c) *Internarea (spitalizarea) de urgență*. Această formă de internare este folosită în cazurile în care bolnavul are nevoie de *asistență medico-sanitară imediată*, de îngrijiri medicale și supraveghere *urgente*, în general în stare de criză violentă a bolii sau tentativă de sinucidere. Ea este reglementată de un număr nu prea mare de legislații (ex. dintre țările europene : Franța, Norvegia, Anglia și Țara Galilor, Elveția, Cipru, U.R.S.S. ; din America de Nord : Canada — Columbia britanică, S.U.A.-Indiana și Massachusetts ; din America de Sud : Peru, Uruguay Trinidad-Tobago ; din Asia : Fidji, Irak, Japonia, Malaesia ; din Africa : Ghana, Lesotho, Nigeria, Senegal.

În ce privește *organul sau persoana care poate dispune internarea*, acesta poate fi : *agentul de poliție* (Franța, Cipru, Anglia, și Țara Galilor, S.U.A. — Indiana, Canada — Columbia britanică, Lesotho) ; medicul (Cipru, S.U.A. — Massachusetts, Irak, Nigeria, Norvegia, U.R.S.S) sau *un funcționar al serviciului sănătății* (S.U.A. — Indiana, Anglia) ; *orice persoană* care poate fi identificată (Brazilia, Trinidad-Tobago) ; *o rudă apropiată* a bolnavului (Anglia și Țara Galilor, Elveția, Uruguay, Peru, Senegal) ; instanța de judecată (Canada — Columbia britanică, Fidji) ;

Scanned with OKEN Scanner

primarul în Franța și *guvernatorul prefecturii* în Japonia. Legislații mai recente acordă drept spitalului să refuze internarea, dacă se consideră că aceasta nu este justificată.

Cele mai multe legislații condiționează internarea de existența unui *certificat medical*.

Durata internării de urgență variază *de la 24 ore la 3 săptămîni* : ex. 24 de ore, în Franța, Elveția — Bale Ville, U.R.S.S., Uruguay, Trinidad Tobago, Fidji ; 48 ore, în Japonia, Elveția — Geneva, Lesotho ; 72 ore în Cipru, Canada — Columbia britanică, S.U.A. — Indiana, Irak ; 7 zile în Fidji, Nigeria, Malaesia (cu posibilitate de prelungire cu 3 luni) ; 10 zile în Peru și S.U.A. — Massachusetts ; 14 zile în Ghana ; 3 săptămîni în Norvegia ; durata este *nedeterminată* în Brazilia și Senegal. În unele țări, *după 24 ore de la internare, spitalul este obligat să înștiințeze* : prefectul în Franța, comisia medicală formată din 3 psihiatri în U.R.S.S., inspectorul general de psihiatrie în Uruguay.

d) *Internarea (spitalizarea) pentru observație.* În unele țări — puține la număr — este prevăzută posibilitatea punerii sub observație a unor persoane presupuse bolnave mintal sau a bolnavilor mintali, prin internarea acestora în spital, *pentru precizarea diagnosticului sau a gravității bolii* în vederea stabilirii tratamentului medical (Anglia și Țara Galilor, Peru, Trinidad-Tobago, Japonia, Malaesia, Republica Arabă Siriană, Egipt, Lesotho, Australia, iar în Irak și Arabia Saudită — numai în proiectele de legi).

Unele legislații prevăd expres, printre motivele internării pentru observație, *periculozitatea bolnavului pentru securitatea publică* (ex. Malaesia), *pentru securitatea bolnavului însuși ori a altor persoane* (Anglia și Țara Galilor).

Pentru internare nu este nevoie de o aprobare prealabilă a unui organ judiciar. Unele legislații cer însă un *certifict medical* (ex. Australia, Anglia și Țara Galilor, Arabia Saudită) sau o recomandare a medicului (ex. Lesotho). Internarea se face *la cererea medicului* (ex. Arabia Saudită, Malaesia) sau a unei alte persoane (ex. Australia) ori a unei rude sau a asistentului social (ex. Anglia și Țara Galilor) sau cînd este *adus de agentul de poliție* (ex. Malaesia). Internarea pentru observație este totdeauna *limitată ; durata variază* (ex. în Malaesia — 3 zile, în cazul internării pentru apărarea securității publice ; 8 zile în Arabia Saudită și Egipt ; 3 săptămîni în Australia — Victoria, Japonia și Lesotho ; o lună în Peru, Anglia și Țara Galilor ; 2 luni, cu posibilitate de prelungire pînă la 4 luni în Australia Meridională ; 32 de săptămîni în Irak și Trinidad-Tobago).

B. *Bolnavii psihici care au săvîrșit infracțiuni*

a) *State socialiste.* Toate legislațiile penale socialiste europene conțin dispoziții privitoare atît la *răspunderea* bolnavilor mintali care au săvîrșit infracțiuni cît și la *măsurile* care se iau față de aceștia.

În privința răspunderii bolnavilor mintali pentru faptele săvîrșite, majoritatea legislațiilor prevăd *exonerarea* de răspundere în cazul lipsei totale a capacității de a-și înțelege și controla acțiunile și o *răspundere diminuată* în cazul unei capacități restrînse. Codul penal al U.R.S.S. și cel al R. P. Bulgaria exclud, în toate cazurile, răspunderea penală.

Scanned with OKEN Scanner

Toate legislațiile prevăd instituirea de *măsuri cu caracter medical* față de bolnavii mintali care au săvîrșit infracțiuni. Denumirea acestor măsuri variază : de constrîngere cu caracter medical, în codul penal sovietic și bulgar ; de siguranță în codul penal polonez și cel iugoslav din 1951 ; măsuri de protecție în codul penal cehoslovac ; alte măsuri, în codul penal ungar.

Majoritatea legislațiilor prevăd două măsuri cu caracter medical : *internarea* într-un spital sau într-o altă unitate de psihiatrie pentru tratament medical și *obligarea la tratament medical ambulatoriu* (R.P. Polonă, R. P. Ungară, R. S. Cehoslovacă, R. D. Germană, R. S. F. Iugoslavia), existînd unele deosebiri în privința denumirii și reglementărilor de amănunt ale acestora. Codul penal al R.S.F.S.R. și cel al R. P. Bulgaria prevăd : internarea într-un spital obișnuit de boli nervoase, internarea într-un spital special de boli nervoase și măsura încredințării făptuitorului familiei, cu obligația pentru aceasta de a se îngriji de vindecarea bolnavului sub supraveghere medicală.

Reglementările mai importante privind internarea bolnavului într-o unitate sanitară de psihiatrie, prevăzută de toate legislațiile penale socialiste, sînt următoarele :

Privitor la *organul care o dispune*, în toate țările, internarea bolnavului ca măsură de siguranță este dispusă de *instanța de judecată*, în locul pedepsei sau alături de pedeapsă, în cazul răspunderii diminuate pentru fapta săvîrșită. Codul de procedură penală ungar prevede și posibilitatea *internării provizorii* pentru tratament medical, pe care o poate dispune în cursul urmăririi penale procurorul, iar în cursul judecății instanța, în baza *expertizei medicale*.

Unele legislații prevăd expres obligația pentru procuror sau instanță de a dispune măsura internării pe baza *expertizei psihiatrice* prealabile ; de exemplu, codul de procedură penală ungar, iugoslav și cehoslovac, acesta din urmă prevăzînd pentru expertiză obligația de a se pronunța și asupra necesității luării acestei măsuri.

Pentru a se putea dispune măsura internării, pe lîngă *condiția* generală ca făptuitorul să fie declarat de către medici *bolnav mintal*, unele legislații mai prevăd și condiția ca lăsarea acestuia în libertate să fie considerată *periculoasă* (codul penal cehoslovac, polonez, iugoslav) sau să existe *temerea că va săvîrși o nouă infracțiune* (codul penal ungar).

În ce privește *durata* internării, aceasta, în general, *nu este stabilită* nici de lege și nici de instanță, înțelegîndu-se că poate dura *atîta timp cît o impune starea sănătății bolnavului*. Unele legislații prevăd direct (codul penal cehoslovac), altele indirect, stabilind că instanța dispune încetarea măsurii, cînd aceasta nu mai este necesară (codul de procedură penală ungar, polonez, sovietic, bulgar, iugoslav). Codul penal bulgar și codul penal executiv polonez prevăd, în plus, obligativitatea instanței de a se pronunța *după 6 luni* de la internare, în toate cazurile, asupra încetării, continuării sau înlocuirii internării.

În cazul *internării provizorii*, dacă au trecut 6 luni și nu s-a prezentat actul de acuzare, procurorul este obligat să *reexamineze* necesitatea menținerii internării (codul de procedură penală ungar).

În toate legislațiile, încetarea măsurii de internare *se dispune de către instanța de judecată, pe baza avizului medicilor*, la cererea procurorului, a bolnavului sau a instituției sanitare unde acesta este internat (codul de procedură penală cehoslovac) sau a instituției sanitare și a

Scanned with OKEN Scanner

organului tutelar (codul de procedură penală iugoslav). Codul de procedură penală cehoslovac și codul penal executiv polonez prevăd chiar *obligația pentru instituția sanitară să informeze instanța*, de urgență, cînd cauzele care au făcut necesară internarea dispar. În cazul în care bolnavul psihic a fost condamnat și la o pedeapsă privativă de libertate, durata internării se va scădea din durata pedepsei, iar pentru restul de pedeapsă condamnatul poate fi eliberat condiționat (codul penal iugoslav și polonez, acesta din urmă prevăzînd punerea obligatorie a bolnavului sub pază).

În privința *instituțiilor sanitare* unde se internează bolnavii mintali care au săvîrșit infracțiuni, în unele legislații sînt prevăzute numai *instituțiile de psihiatrie* (codul penal din R. D. Germană) sau *casele de sănătate* (codul penal cehoslovac), fără a se face vreo precizare dacă ele sînt unități în care se internează numai bolnavii mintali care au săvîrșit infracțiuni sau orice bolnav mintal. În alte legislații, se menționează faptul că internarea acestei categorii de bolnavi se va efectua în *instituții sanitare anume desemnate* (codul penal executiv polonez, codul penal iugoslav), iar în codul penal sovietic și în cel bulgar se precizează că internarea se va face într-un *spital de boli nervoase obișnuit*, pentru cei care au nevoie de tratament obligatoriu și internarea într-un spital de boli nervoase *special* pentru cei care prezintă un pericol deosebit pentru societate, bolnavii fiind sub supraveghere riguroasă pentru a exclude posibilitatea săvîrșirii unei noi infracțiuni.

În afară de internarea într-o instituție sanitară a bolnavilor mintali care au săvîrșit infracțiuni, ca măsură de siguranță, toate legislațiile mai prevăd și posibilitatea dispunerii de către procuror sau de către instanță a internării acestora într-o instituție de psihiatrie pentru *efectuarea expertizei psihiatrice*, dacă este necesară o observație îndelungată a stării lor mintale. Durata internării nu poate depăși o lună, cu posibilitatea de prelungire cu încă o lună (codul de procedură penală ungar), 2 luni, cu posibilitatea de prelungire pînă la împlinirea duratei arestării preventive (codul de procedură penală iugoslav), 2 luni cu posibilitate de prelungire cu cel mult o lună (codul de procedură penală cehoslovac), nu poate depăși 6 luni (codul de procedură penală al R. D. Germane).

b) State nesocialiste. Și legislațiile țărilor nesocialiste conțin reglementări ample, privitoare la bolnavii mintali care au săvîrșit infracțiuni.

În raport cu modul cum este reglementată *răspunderea penală* a acestor persoane, legislațiile se împart în două categorii : cele care prevăd *în toate cazurile* pentru bolnavii mintali o *iresponsabilitate totală* (codul penal francez, belgian, austriac din 1974) și cele care prevăd atît *iresponsabilitatea totală cît și răspunderea atenuată*, în funcție de natura și gravitatea bolii sau tulburării mintale (codul penal italian, olandez, grec, turc, cel al R. F. Germania intrat în vigoare la 1 ianuarie 1978).

În privința *regimului* prevăzut pentru bolnavii mintali care au săvîrșit infracțiuni, există *o mare varietate* de reglementări, fiind dificil de realizat gruparea lor pe sisteme de legislații. O oarecare sistematizare poate fi făcută numai pe baza unor aspecte mai importante ale reglementărilor.

Elementul comun tuturor legislațiilor este prevederea unui *sistem special de măsuri* pentru bolnavii mintali care au săvîrșit infracțiuni. Acestea sînt, în general, denumite *măsuri de siguranță* și sînt prevăzute în codurile penale aproape ale tuturor țărilor. Excepție fac, de exemplu,

Scanned with OKEN Scanner

codul penal francez și cel belgian, care nu prevăd astfel de măsuri, bolnavilor mintali care au săvîrșit infracțiuni aplicîndu-li-se, în Franța, dispozițiile privind bolnavii psihici periculoși și cele din Legea privind alienații, din 1838 și din Codul sănătății publice, din 1953, iar în Belgia — Legea apărării sociale cu privire la anormali și infractori din obicei. În Anglia se aplică, în mare măsură, și bolnavilor mintali care au săvîrșit infracțiuni legea privind sănătatea mintală, din 1959.

În ce privește *felul și caracterul măsurilor*, toate legislațiile prevăd măsura *internării* într-o instituție cu profil psihiatric, unele legislații făcînd o deosebire de conținut între „plasarea" și „internarea" într-o asemenea instituție (ex. codul penal suedez din 1962, codul penal italian, elvețian, norvegian). Unele legislații prevăd, în afară de măsura plasării sau internării într-o instituție cu profil psihiatric, și măsura *tratamentului psihiatric ambulator* (ex. codul penal elvețian) sau a *tratamentului în libertate*[1] (codul penal suedez), care poate fi aplicată de la început, odată cu încetarea procesului penal sau prin hotărîrea de achitare a bolnavului mintal sau la încetarea măsurii internării.

Măsura *internării* bolnavilor mintali care au săvîrșit infracțiuni cunoaște o mare diversitate de reglementare în țările nesocialiste. Urmărind aspectele mai importante, de conținut și de procedură, distingem :

1. *Organul care dispune internarea.* În majoritatea legislațiilor, internarea bolnavilor mintali care au săvîrșit infracțiuni se dispune de către instanța de judecată, unele acordînd și judecătorului de instrucție acest drept (ex. codul penal italian, legea apărării sociale cu privire la anormali și infractori din obicei din Belgia, codul penal turc) sau Ministerului Public (codul penal norvegian). Excepție face Franța, unde codul penal și codul de procedură penală nu prevăd nimic cu privire la dispunerea de către instanță, judecătorul de instrucție sau Ministerul Public a internării bolnavului mintal care a săvîrșit o infracțiune, această măsură fiind luată *pe cale administrativă, de către prefect*[2], după ce procesul penal a încetat sau instanța a pronunțat hotărîrea de achitare a făptuitorului iresponsabil, în baza legii din 1838 și a codului sănătății publice din 1953, care se aplică tuturor bolnavilor mintali ce aduc atingere ordinii publice și siguranței persoanei, fie că aceștia au săvîrșit sau nu o infracțiune.

Unele legislații (destul de puține) prevăd în mod expres că internarea se dispune pe baza *expertizei psihiatrice medico-legale*[3] (codul penal elvețian și norvegian), care trebuie să se pronunțe și asupra necesității

---

[1] În Italia se propune organizarea unui tratament psihologic și psihiatric în cadrul colectivității, pentru a se recurge cît mai puțin la internare.

[2] Numeroși autori contemporani francezi critică acest sistem, considerînd că dispunerea internării de către autoritatea judecătorească prezintă mai multe garanții atît pentru făptuitor cît și pentru societate, autoritatea judecătorească fiind și mai calificată decît autoritatea administrativă pentru a putea aprecia oportunitatea luării măsurii. De asemenea, anteproiectul codului penal francez din 1976 (care instituie și răspunderea atenuată a bolnavilor psihici) prevede că judecătorul de instrucție sau instanța de judecată dispune plasarea acestora într-un institut specializat, dacă sînt iresponsabili și compromit ordinea publică ori siguranța persoanelor, sau într-un institut penitenciar specializat, cu regim medico-psihologic, dacă sînt parțial responsabili.

[3] În R.F.G., expertiza medicală psihiatrică este adesea înlocuită, în practică, cu testele efectuate în fața tribunalului de către psihologul expert, prezența psihologului nu numai la efectuarea expertizelor dar și la tratarea bolnavului fiind reclamată din ce în ce mai mult și în alte țări.

Scanned with OKEN Scanner

internării bolnavului (codul penal elvețian). Legea belgiană, cu privire la anormali și infractori din obicei, din 1959, prevede că internarea nu trebuie să fie în mod obligatoriu precedată de o punere sub observație (în anexele psihiatrice ale penitenciarelor) sau de un raport medical, iar Curtea cu juri se pronunță asupra internării în urma verdictului juriului asupra stării mintale a inculpatului, care îl face iresponsabil.

2. *Locul și regimul de internare.* Și sub acest aspect, legislațiile țărilor nesocialiste *variază* foarte mult, nu numai în privința denumirii instituțiilor destinate internării bolnavilor psihici care au săvîrșit infracțiuni dar, mai ales, în privința naturii și caracterului acestor instituții.

Dintr-un anumit punct de vedere, se pot distinge două categorii: *instituții speciale*, organizate într-un sistem separat de cel sanitar obișnuit, în cadrul sistemului penitenciar sau în afara acestuia, destinate numai internării bolnavilor psihici infractori (ex. anexe penitenciare în Belgia; închisori conduse de medici și instituții de siguranță — ferme, colonii, clinici — în Italia, potrivit noii legislații; spitalele-închisoare de psihiatrie în R.F.G.; anexe ale închisorilor și instituții speciale de psihiatrie în Grecia; spitalele speciale de securitate maximă și secțiile medicale ale închisorilor în Anglia și Țara Galilor, potrivit legii din 1959; spitale speciale de siguranță, cum este Broadmoor în Anglia) și *instituții sanitare obișnuite*, organizate în sistemul sanitar comun, destinate îngrijirii tuturor bolnavilor psihici (ex. Suedia, Franța, Anglia).

În raport cu această distincție, unele legislații au prevăzut *două feluri de măsuri de internare*. De exemplu, codul penal austriac din 1974 dispune internarea în *spital-închisoare de psihiatrie* (care face parte din sistemul penitenciar) pentru bolnavii care prezintă unele afecțiuni psihice dar sînt responsabili și *internarea în instituții specializate, pendinte de Ministerul Justiției* (deosebite de spitalele de psihiatrie obișnuite care depind de Ministerul Sănătății), pentru iresponsabili; codul penal olandez prevede internarea într-un spital de psihiatrie (obișnuit) pentru cei total iresponsabili și internarea la discreția guvernului, adică într-un tip special de spital psihiatric, pentru cei responsabili parțial și pentru recidiviști iresponsabili, care sînt sub controlul Ministerului Justiției.

Se înregistrează, în concepțiile și legislațiile mai noi, tendința de a se organiza *unități cu pronunțat profil terapeutic*. De exemplu, codul penal al R.F.G., intrat în vigoare la 1 ianuarie 1978, prevede, pe lîngă internarea într-un spital psihiatric pentru cei iresponsabili, și internarea în *instituții socio-terapeutice* pentru cei cu tulburări psihice grave care au responsabilitate limitată și sînt recidiviști, cînd se consideră că sînt mai indicate pentru resocializarea lor mijloace socio-terapeutice decît tratamentul într-un spital psihiatric; codul penal olandez prevede internarea într-un spital special psihiatric, care funcționează ca o unitate terapeutică; anteproiectul codului penal francez din 1967 prevede internarea într-un institut penitenciar specializat, cu regim medico-psihologic; în Irlanda, medicii psihiatri din spitalele obișnuite de psihiatrie asigură săptămînal sesiuni terapeutice în închisorile zonei Dublin.

3. *Durata internării.* Unele legislații prevăd obligația, pentru organele care dispun măsura, de *a stabili durata internării*, legea fixînd un *maximum* care nu poate fi depășit (ex. în R.F.G. internarea într-un institut socio-terapeutic poate fi dispusă pe maximum 5 ani; în Olanda internarea într-un spital de psihiatrie poate fi stabilită pe

Scanned with OKEN Scanner

maximum un an, cu posibilități de prelungire de către instanță, din an în an, iar internarea la discreția guvernului pe timp de 2 ani, cu posibilități de prelungiri nelimitate ca număr, pe perioade de 1 sau 2 ani ; în Austria, maximum de durată fixat de instanță poate fi depășit, cînd bolnavul este considerat încă periculos).

Alte legislații folosesc sistemul determinării prin lege și de către instanță a duratei măsurii — *atît minime cît și maxime*. În Suedia, internarea de siguranță poate fi fixată pe o perioadă de cel puțin un an și de cel mult 12 ani, internarea putînd să continue peste durata minimă fixată, cel mult 3 ani în total sau, dacă durata minimă este de 3 ani sau mai mare, cel mult 5 ani în total. Instanța poate prelungi internarea de fiecare dată pe o durată de 3 ani.

Potrivit altor legislații, instanța trebuie să fixeze durata *minimă* a internării. În Italia, internarea într-o casă de sănătate și pază se dispune pe o durată de cel puțin un an sau de cel mult 3 ani, în raport de pedeapsa prevăzută de lege pentru infracțiunea comisă, iar internarea într-un azil judiciar de alienați pe un termen minim de 2 ani sau de 10 ani, de asemenea în funcție de pedeapsa prevăzută de lege pentru fapta comisă, cu posibilități de prelungire de către instanță. Codul penal grec nu stabilește pentru cei condamnați un minimum care să oblige instanța, dar prevede, în schimb, după expirarea minimului stabilit de instanță, că internarea nu poate fi prelungită mai mult de 10 ani, în cazul delictelor, și de 15 ani, în cazul crimelor.

Într-un alt sistem, durata internării este *nedeterminată*, nici legea și nici instanța nefixînd vreun termen : internarea încetează îndată ce cauza a dispărut (codul penal elvețian) ; se suspendă cînd nu mai este necesară (codul penal norvegian) ; durează pînă la vindecare, însă dacă pedeapsa prevăzută de lege pentru fapta comisă este recluziunea, durata nu poate fi mai mică de un an (codul penal turc) ; internarea celor iresponsabili se prelungește cît o cere securitatea publică, cu obligația însă pentru instanță de a se pronunța la fiecare 3 ani asupra prelungirii (codul penal grec).

4. *Modalitățile de încetare a internării*. În cazurile în care instanța a stabilit durata internării, aceasta, în principiu, încetează automat, *cînd se împlinește* această durată sau, în cazul prelungirilor, cînd se împlinește termenul fixat cu acest prilej, fără să fie nevoie de un organ anume care să dispună încetarea măsurii. Cele mai multe legislații prevăd însă posibilitatea ca internarea să înceteze *chiar înainte* de îndeplinirea termenului fixat, acordînd instanței sau altui organ dreptul de a reexamina situația celui internat. De exemplu, codul penal al R.F.G. prevede că instanța poate oricînd — dar nu mai înainte de un an — să reexamineze dacă mai este necesară internarea într-un institut socio-terapeutic și să scurteze termenul sau, dimpotrivă, să dispună că o nouă cerere de reexaminare este inadmisibilă înainte de un anumit termen.

În cazurile în care instanța a fixat doar *un minimum* sau și *un minimum și un maximum* al duratei internării, încetarea acesteia trebuie dispusă de către instanță sau de un alt organ prevăzut de lege (codul penal suedez, grec și italian) ; codul penal grec prevede, în plus, obligația instanței să reexamineze, la cererea bolnavului sau din oficiu, la fiecare 2 ani, dacă este cazul dispunerii încetării internării, iar codul penal italian dă dreptul instanței să examineze oricînd situația celui internat, putînd dispune revocarea internării sau menținerea internării pe un anumit termen.

Scanned with OKEN Scanner

În cazul în care instanța *nu a fixat nici un termen*, instanța sau un alt organ prevăzut de lege va dispune încetarea internării cînd aceasta *nu mai este necesară*.

5. *Organul care dispune încetarea internării.* Unele legislații conferă acest drept *instanței de judecată* (codul penal italian; grec, care cere raportul comisiei sanitare a instituției de internare; turc, cu avizul medicilor experți; codul penal al R.F.G., în caz de reexaminare); alte legislații acordă dreptul de a hotărî încetarea internării unor *organe nejudiciare* (ex. legea belgiană privind apărarea socială desemnează comisia de apărare socială care funcționează pe lîngă anexele psihiatrice ale penitenciarelor, compusă dintr-un magistrat — președintele comisiei —, un avocat și un medic, să dispună din oficiu sau la cererea procurorului, a internatului sau a avocatului, încetarea internării; codul penal suedez prevede că încetarea o dispune comisia de internare, fără să menționeze compoziția și caracterul acestei comisii).

Cele mai multe legislații prevăd posibilitatea *eliberării condiționate* a internatului (codul penal austriac, legea belgiană a apărării sociale); codul penal grec prevede eliberarea condiționată a tuturor internaților cu responsabilitate atenuată; unele legislații prevăd și anumite condiții, de exemplu, supunerea internatului la controale și examene medicale periodice (codul penal turc) sau unei tutele medico-sociale (legea belgiană a apărării sociale) ori a unui patronaj (codul penal elvețian).

6. *Internarea pentru efectuarea expertizei psihiatrice.* Unele legislații prevăd, în afară de internarea într-o unitate psihiatrică — drept măsură de siguranță — și internarea inculpatului într-o astfel de unitate de către judecătorul de instrucție sau instanța de judecată, pentru *efectuarea expertizei psihiatrice.* De exemplu, legea belgiană a apărării sociale prevede punerea sub observație a inculpaților în anexele psihiatrice ale penitenciarelor, emițîndu-se un mandat de arestare în cazurile în care legea autorizează arestarea preventivă. Internarea este decisivă în faza instrucției de către *judecătorul de instrucție*, cu confirmarea camerei de consiliu, iar în faza judecății, de către *instanță*, cu ascultarea obligatorie a inculpatului, hotărîrile fiind supuse apelului. *Durata* internării pentru observație este de *o lună*, cu posibilitatea de a fi prelungită de către instanță cu cîte încă o lună, *fără a se putea depăși 6 luni.*

II. Legislația țării noastre

Și în legislația română este reglementată distinct situația bolnavilor psihici care prezintă pericol pentru ei înșiși sau pentru alții, fără să fi săvîrșit infracțiuni, și bolnavii psihici care au săvîrșit infracțiuni.

A. Bolnavii psihici periculoși care nu au săvîrșit infracțiuni

Reglementările privind bolnavii psihici periculoși care nu au săvîrșit infracțiuni, sînt cuprinse în decretul nr. 313/1980 privind asistența bolnavilor psihici periculoși, publicat în Buletinul oficial nr. 83 din 16 octombrie 1980, care a înlocuit decretul nr. 12/1965 privind îngrijirea medicală a bolnavilor mintali periculoși (13) și H.C.M. nr. 39/1965 pentru aplicarea acestuia (14).

Decretul nr. 313/1980 a fost elaborat pe linia înfăptuirii politicii partidului și statului în asigurarea asistenței medicale a populației și

Scanned with OKEN Scanner

acordarea asistenței corespunzătoare bolnavilor psihici care, în stadiile de agravare a bolii constituie, prin manifestările lor, un pericol pentru ei înșiși sau pentru cei din jur.

Trebuie subliniat mai întîi caracterul profund umanitar al prevederilor decretului, întrucît, spre deosebire de vechea reglementare, ele urmăresc asigurarea unei asistențe mai cuprinzătoare : îngrijiri medicale de specialitate și condiții pentru reintegrarea deficienților psihici în muncă, familie și societate ; decretul stabilește, în acest scop, sarcini și răspunderi pentru unele organe de stat, pentru unitățile socialiste și pentru membrii de familie ai bolnavului ori persoanelor sub îngrijirea cărora se află acesta.

De asemenea, spre deosebire de reglementarea anterioară, noul act normativ prevede dispoziții referitoare nu numai la bolnavii psihici care s-au manifestat periculos, ci la toți bolnavii psihici, avînd drept scop prevenirea apariției unor situații în care aceștia să devină periculoși, prin obligația pentru unitățile sanitare, celelalte unități socialiste, membrii de familie ai bolnavilor care suferă de afecțiuni psihice, să asigure efectuarea la timp a tratamentului de specialitate și integrarea acestora în familie și în activități profesionale corespunzătoare stării lor de sănătate (art. 1, alin. 3).

În reglementarea anterioară (Decretul nr. 12/1965), instituirea tratamentului medical obligatoriu în condiții ambulatorii se dispunea de organele sanitare, iar internarea pentru tratament medical obligatoriu se hotăra de instanțele judecătorești, cu avizul comisiei medicale din unitatea sanitară de specialitate, la sesizarea procurorului, în urma unei proceduri prealabile dispuse de către acesta, în cursul căreia se efectuau examinări medicale și investigații din partea organelor de miliție sau direct, a procurorului, privind starea și manifestările bolnavului, procurorul putînd dispune internarea provizorie. De asemenea, internarea provizorie putea fi dispusă și direct de organele sanitare, cu avizul medicului psihiatru, în caz de urgență, cu obligația din partea organului sanitar de a sesiza procurorul în termen de 24 ore de la internare și de a-i comunica avizul comisiei medicale în termen de 5 zile, acesta procedînd apoi în modul arătat mai sus.

Noua reglementare circumscrie de la început sfera de aplicare, precizînd că sînt periculoși bolnavii psihici care pun în pericol viața, sănătatea, integritatea corporală proprie ori a altora, importante valori materiale sau tulbură în mod repetat și grav condițiile normale de muncă ori de viață, în familie sau societate (art. 2).

Potrivit prevederilor art. 3, bolnavii psihici periculoși sînt supuși în mod *obligatoriu tratamentului medical* de specialitate în cadrul unităților sanitare, acesta efectuîndu-se de regulă *ambulator* și numai în caz de nevoie, în *condiții de spitalizare,* în unitățile sanitare de specialitate.

Elementele care trebuie luate în seamă pentru stabilirea *necesității* instituirii tratamentului medical obligatoriu sînt : starea (sănătății) bolnavului psihic și gradul de pericol pe care îl prezintă comportamentul său pentru el însuși sau pentru persoanele cu care vine în contact (art. 4, alin. 1).

O prevedere nouă, nestipulată în decretul anterior, precizează scopul instituirii tratamentului medical obligatoriu : înlăturarea tulburărilor în vederea îmbunătățirii capacității de adaptare psiho-socială a bolnavilor (art. 4 alin. 2), evidențiind *caracterul medical* al măsurii obligatorii.

Scanned with OKEN Scanner

Decretul reglementează în mod amănunțit *condițiile* în care se poate institui, modifica și înceta tratamentul medical obligatoriu, cu prevederi distincte pentru fiecare din cele două modalități în care se poate efectua tratamentul medical : tratament ambulatoriu și tratament în condiții de spitalizare. Astfel, instituirea atît a tratamentului medical obligatoriu în condiții ambulatorii, cît și a tratamentului medical obligatoriu în spital, se dispune de către *organele sanitare* printr-o *comisie*, care funcționează în cadrul spitalului sau secției de psihiatrie, formată din 3 medici psihiatri (art. 8 alin. 1), după ce, în prealabil, au fost efectuate o serie de *examene medicale* la dispensarul medical teritorial sau, după caz, la cel din unitatea socialistă în care persoana considerată bolnav psihic periculos își desfășoară activitatea, la dispensarul policlinic și la spitalul sau secția de psihiatrie, precum și *investigații pe teren, referitoare la manifestările bolnavului* (art. 6—8).

Dispunerea tratamentului medical obligatoriu în unități ambulatorii cu profil sau în spital de către organele sanitare de specialitate, precum și procedura prealabilă prin care se efectuează examinări medicale la trei niveluri de unități sanitare — dispensarul medical teritorial, dispensarul policlinic, spitalul sau secția de psihiatrie — completate cu informații cu privire la starea și manifestările bolnavului la locul de muncă, în familie și societate, reprezintă garanții ale hotărîrilor judicioase.

Ca măsură suplimentară a unei astfel de garanții, decretul prevede dreptul pentru cel față de care s-a luat hotărîrea de instituire a tratamentului medical obligatoriu, pentru procuror, precum și pentru orice altă persoană de a face contestație la judecătorie (art. 24). Astfel, instanța este obligată să verifice legalitatea hotărîrii comisiei medicale, putînd să administreze orice probă pentru a stabili dacă, față de comportarea și manifestările bolnavului, erau întrunite condițiile prevăzute de decret pentru instituirea tratamentului medical obligatoriu (art. 25, alin. 2), să-l asculte, să-i asigure un apărător din oficiu și prezența obligatorie a procurorului la judecată (art. 25, alin. 3—5).

Împotriva hotărîrii judecătoriei care a soluționat contestația se poate face recurs (art. 26), astfel încît hotărîrea comisiei medicale de instituire a tratamentului medical obligatoriu este practic supusă controlului a două instanțe de judecată, acest dublu control al organelor judecătorești constituind o garanție în plus pentru temeinicia și legalitatea instituirii tratamentului medical obligatoriu.

În același scop, decretul prevede și obligația organelor de procuratură de a verifica din oficiu, periodic, legalitatea internărilor și condițiile de spitalizare (art. 23), precum și răspunderea, după caz, materială, civilă, disciplinară sau penală, în cazul internării unei persoane ca bolnav psihic periculos sau instituirea tratamentului medical obligatoriu fără respectarea dispozițiilor cuprinse în decret (art. 28).

Dintre dispozițiile decretului, care constituie garanții pentru instituirea unui tratament medical obligatoriu în condiții legale, precum și pentru evitarea internării sau menținerii mai îndelungate în spital a persoanei presupuse bolnav mintal fără o decizie a organului competent, menționăm și dispozițiile care prevăd obligația comisiei medicale competente de a dispune instituirea tratamentului, de a examina persoana presupusă bolnav psihic în termen de 24 ore de la aducerea acesteia în spital sau secția de psihiatrie (art. 8, alin. 1), precum și obligația comisiei de a comunica, în același termen, hotărîrea privind instituirea tratamen-

tului medical obligatoriu, procuraturii (art. 22) și de a înștiința despre aceasta bolnavul, pe unul din membrii majori ai familiei cu care locuiește acesta în mod obișnuit sau persoana sub îngrijirea căreia se află, comitetul sau biroul executiv al consiliului popular, dispensarul policlinic și dispensarul medical teritorial, iar dacă bolnavul este pus sub interdicție sau este minor, și autoritatea tutelară, tutorele sau părinții minorului (art. 10).

În același sens, semnalăm obligația conducerii unității sanitare de a desemna în comisie pe cei mai competenți specialiști psihiatri și obligația de confirmare din partea direcției sanitare județene sau a municipiului București (art. 8, alin. 2), aceasta constituind o garanție în plus privind obiectivitatea celor chemați să hotărască instituirea tratamentului obligatoriu.

De asemenea, în scopul evitării unor internări obligatorii prelungite nejustificat, decretul obligă comisia care a hotărît tratamentul medical obligatoriu să reexamineze bolnavii la cel mult două luni și ori de cîte ori este nevoie, în funcție de starea acestora, precum și la cererea medicului șef de secție sau a oricărei persoane (art. 16).

B. Bolnavii psihici care au săvîrșit infracțiuni (10, 11)

Bolnavilor psihici care au săvîrșit infracțiuni li se aplică prevederile din codul penal și codul de procedură penală privind răspunderea acestora și măsurile care se iau față de ei.

Bolnavii psihici care au săvîrșit infracțiuni nu răspund penal, dacă în momentul săvîrșirii faptei, din cauza alienației mintale, nu erau în stare să-și dea seama de acțiunile lor ori nu puteau fi stăpîni pe ele, fiind iresponsabili (art. 48 din codul penal). Dacă bolnavul psihic are, în momentul săvîrșirii infracțiunii, capacitate parțială de înțelegere de a-și manifesta conștient voința, el răspunde penal; răspunderea fiind însă limitată, de această situație trebuie să se țină seama la stabilirea pedepsei (art. 72 din codul penal).

Față de bolnavii psihici care au săvîrșit infracțiuni se iau, potrivit art. 112, lit. a și b, art. 113 și 114 cod penal și art. 162 cod procedură penală, măsuri de siguranță cu caracter medical, și anume obligarea la tratament medical (în caz de răspundere limitată) sau internarea într-un institut medical de specialitate (în caz de iresponsabilitate) atît în scopul înlăturării stării de pericol decurgînd din starea psihică anormală a făptuitorului, cît și pentru preîntîmpinarea săvîrșirii de noi infracțiuni. Atît internarea medicală, cît și obligarea la tratament medical se dispun de către instanța de judecată, prin hotărîrea de condamnare sau de achitare. Internarea se dispune pe baza avizului comisiei medicale de specialitate.

Ambele măsuri pot fi luate în mod provizoriu, în timpul procesului penal, de către procuror, în cursul urmăririi penale, și de către instanță, în cursul judecății. Măsurile provizorii durează pînă la confirmarea lor prin hotărîrea instanței de judecată, care poate fi atacată, separat, cu recurs.

În afară de internarea medicală a bolnavilor psihici, ca măsură de siguranță, codul de procedură penală prevede și posibilitatea internării acestora într-o instituție sanitară de specialitate în vederea efectuării expertizei psihiatrice, în cazurile în care aceasta este, potrivit legii, obligatorie (art. 117, alin. 1 și 2 cod procedură penală). Internarea se poate dis-

pune de către organul de cercetare penală, cu aprobarea procurorului, sau de către instanța de judecată, pe timpul cît este necesară. Expertiza psihiatrică este obligatorie în situația în care s-a săvîrșit o infracțiune de omor deosebit de grav și cînd organul de urmărire penală sau instanța de judecată are îndoială asupra stării psihice a învinuitului sau inculpatului. În afară de aceste cazuri de expertiză psihiatrică obligatorie — care constituie probă în soluționarea unei cauze — codul de procedură penală mai prevede și alte cazuri de expertiză medicală obligatorie, fără a le limita numai la expertiza psihiatrică. De exemplu, pentru a putea fi dispusă suspendarea urmăririi penale (art. 239) sau amînarea executării pedepsei (art. 453) ori întreruperea acesteia (art. 455).

Analiza „periculozității" bolnavului psihic. Statutul și rolul de bolnav psihic. Concepția școlii românești de psihiatrie în organizarea asistenței bolnavilor psihici „periculoși". Antipsihiatrie — cauze, obiective, consecințe. Critica antipsihiatriei. Psihiatria modernă, comunitară

Dacă în lumea medicală prejudecățile cu privire la bolnavul psihic au fost depășite în cea mai mare parte, nu același lucru s-a întîmplat în alte sectoare de activitate și, mai ales, acolo unde persistă încă ideea că bolnavul psihic este întotdeauna periculos. *A priori* periculos. Confuzie datorată atît unor deficiențe ale asistenței din sectorul medical, familial sau din alte sectoare de activitate, care provoacă agitația bolnavului, cît, mai ales, unor carențe în educația populației, pe linia cunoașterii comportamentului bolnavului psihic, comportament care se exprimă printr-un registru larg de manifestări, de la o simptomatologie banală, mai zgomotoasă, pînă la acte de auto- sau heteroagresiune.

Înțelegerea greșită a bolnavului psihic și a comportamentului său aduce serioase prejudicii instituțiilor și întreprinderilor în care acesta lucrează, unităților sanitare, celor care locuiesc în vecinătatea familiei, suferindului însuși. În ultimă instanță, prejudicii societății.

Cercetările de sociologie medicală arată că *internările bolnavului psihic în spitale de psihiatrie se fac mai frecvent decît este necesar* (1). Pentru a forța internarea, familia, anturajul, colectivul de muncă sau organele de ordine publică invocă, mistificînd, agresivitatea bolnavului, noțiunea de periculozitate fiind vehiculată din ce în ce mai mult, exagerată, deformată, fie pentru a masca interese meschine, dificultăți materiale sau locative, comoditate, fie carențe în activitatea compartimentelor de asistență medicală și socială.

Dar nu orice subiect care se plînge sau protestează este automat un bolnav psihic, un paranoic, un periculos. Adevărații paranoici, adesea periculoși, sînt mult timp necunoscuți și pot provoca dezastre (15).

Prin această demonetizare a termenului se amplifică artificial problema periculozității bolnavilor psihici, plasînd-o pe primul plan al preocupărilor, în defavoarea acțiunilor de recuperare. Înțelegerea greșită, *folosirea fără discernămînt a noțiunii de periculozitate a bolnavilor psihici duce, în primul rînd, la supraaglomerarea unităților de psihiatrie;* în multe cazuri, la spitalizări în condiții necorespunzătoare (a cîte doi bol-

Scanned with OKEN Scanner

navi într-un pat, de exemplu), aglomerare ce determină reducerea duratei de internare, dar și tratament medical incomplet. O consecință ? Revenirea bolnavilor după scurtă vreme, pentru reinternare.

Toate acestea fac necesară clarificarea, la detaliu, a noțiunii de periculozitate, în raport cu bolnavul psihic, așa cum rezultă din experiența pe plan mondial a psihiatriei :

1) *trebuie delimitată periculozitatea nediferențiată* (episodică, ce poate apărea oricînd, la orice bolnav psihic, în cursul înrăutățirii stării sale) de *periculozitatea cu caracter remanent*, urmare a ideilor delirante rezistente la tratamentele actuale, periculozitate ce apare la un număr foarte redus de cazuri, frecvența acesteia fiind inferioară morbidității psihice ;

2) în ambele cazuri, dar mai ales în cel de-al doilea, *periculozitatea nu derivă numai din boală ci și din situațiile de marcaj social al existenței bolnavului ;* fiind uneori stigmatizat de opinia publică, repudiat, neglijat de familie și societate, bolnavul este determinat să rezolve într-un mod brutal unele situații conflictuale. Periculozitatea bolnavului, deci, nu trebuie considerată existînd *a priori*, ci doar *a posteriori*, dar și în acest caz nu ca un *modus vivendi* al bolnavului, ci *rezultat al codeterminismului familial sau social ;* înregistrarea ca atare trebuie făcută numai pe baza examinării psihiatrice sau psihiatrico-legale ;

3) *periculozitatea bolnavului psihic este în funcție și de gradul dezvoltării economice, de nivelul cultural al populației, de capacitatea acesteia de toleranță și de asumare a unui risc acceptabil* (așa cum se acceptă conștient în multe alte sectoare ale vieții sociale, de exemplu : în comercializarea băuturilor spirtoase, a tutunului, autoturismelor etc.), *de nivelul asistenței medicale și sociale, gradul colaborării interdisciplinare* etc.

Astfel, experiența psihiatrică atestă *reducerea numărului manifestărilor antisociale la bolnavii psihici, în cazul asigurării la timp a tratamentului medicamentos, atît în condiții optime de spitalizare, dar mai ales în ambulatorul bine organizat*, cu o mare capacitate de intervenție psihiatrică activă în focar, pentru protezarea oricărui handicapat psihic. *Scăderea potențialului antisocial al bolnavilor psihici este strîns legată și de asigurarea cu paturi, cu personal medico-sanitar și auxiliar de specialitate, care să formeze echipa de protecție și recuperare activă ; este strîns legată de cooperarea lipsită de prejudecăți între instituțiile medicale, sociale și familie, între microgrupurile formale și informale, interferate de bolnavii psihici, inclusiv de cei cu potențial de periculozitate.* Această perspectivă de largă respirație socială și medicală este conceptualizată și practicată (la nivel mondial) de psihiatria modernă. În lumina ei, asistența medicală a bolnavilor cu manifestări antisociale se integrează în asistența generală de psihiatrie, spitalicească și ambulatorie.

Specialiștii români, în consens cu părerea psihiatrilor din alte țări, consideră că întreaga problematică a psihiatriei, inclusiv asistența bolnavilor psihici periculoși (indiferent dacă intră în prevederile Decretului nr. 313/1980 sau art. 113 și 114 cod pen.), trebuie să fie rezolvată teritorial, în orice secție de psihiatrie și în unități ambulatorii.

Ținînd seama de aceste considerente de ordin medical — cu deosebire, psihiatrice —, privind manifestările de periculozitate a bolnavului psihic, trebuie subliniate obligațiile și răspunderile unităților sanitare în acordarea asistenței medicale, atît pentru bolnavii care s-au manifestat

Scanned with OKEN Scanner

periculos, fără să fi săvîrșit însă fapte penale [cei cărora li s-au aplicat prevederile Decretului nr. 313/1980 ori au săvîrșit fapte prevăzute de legea penală (art. 113 și 114 c. pen.)], dar și în acordarea asistenței medicale celor care nu au ajuns în asemenea situații.

O primă răspundere revine medicilor, în special psihiatrilor, în realizarea unei asistențe medicale de calitate, cu scopul prevenirii agravării bolii psihice, de natură să ducă la manifestări periculoase, precum și în depistarea, în rîndul bolnavilor psihici, a celor care au ajuns în această situație.

Și medicii de medicină generală, potrivit legii, au sarcina să efectueze examinările medicale și să informeze asupra manifestărilor bolnavului presupus periculos, în vederea aprecierii de către comisia medicală competentă, singura în măsură să stabilească dacă este, într-adevăr, periculos, în sensul art. 2 din Decretul nr. 313/1980, și dacă necesită instituirea unui tratament medical obligatoriu.

Acestei comisii medicale îi revine, deci, răspunderea de a aprecia periculozitatea bolnavului psihic, periculozitate care nu constituie decît un reflex pe plan social al agravării bolii. Apreciere care cere o competență deosebită, deoarece hotărîrea privind instituirea sau neinstituirea tratamentului medical obligatoriu se bazează exclusiv pe examinări medicale, coroborate cu constatările medicilor din dispensarul teritorial, privind comportarea și manifestările bolnavului psihic presupus periculos. De aceea, și art. 9, alin. 3 din Decretul nr. 313/1980 prevede dreptul — de fapt, obligația comisiei medicale — de a dispune, la nevoie, efectuarea unor examinări medicale suplimentare ori completarea datelor culese anterior. *Decizia de instituire a tratamentului medical obligatoriu aparține în exclusivitate comisiei medicale*, astfel încît și răspunderea pentru hotărîrea luată îi revine în exclusivitate, hotărîrea trebuind să reflecte starea reală a sănătății bolnavului supus examinării. Această obligație devine și mai importantă cînd se decide tratament medical obligatoriu în condiții de spitalizare, măsura implicînd o privare de libertate. Pentru fiecare caz în parte va trebui să se țină seama de dispoziția art. 28, din Decretul nr. 313/1980, care prevede că *internarea unei persoane ca bolnav psihic periculos, instituirea sau menținerea tratamentului medical obligatoriu, fără respectarea dispozițiilor decretului, atrage răspundere materială, civilă, disciplinară sau penală.*

O răspundere asemănătoare au și cei ce efectuează expertize medicolegale sau membrii comisiilor medicale care avizează luarea măsurilor de siguranță, prevăzute de art. 113 și 114 c. pen. (obligarea la tratament medical și internarea medicală) pentru bolnavii care au săvîrșit fapte penale.

O răspundere tot atît de importantă revine și personalului medical în acordarea asistenței medicale la nivelul cel mai înalt tuturor bolnavilor psihici, ceea ce înseamnă obligația de a aplica toate procedeele terapeutice în vederea însănătoșirii sau ameliorării stării bolnavului (termenul de „însănătoșire" folosit de art. 114 cod penal fiind interpretat într-un sens mai larg, și anume atît de vindecare cît și de ameliorare a bolii). *Neaplicarea procedeelor terapeutice corespunzătoare, precum și orice întîrziere în instituirea unor metode sau a gamei terapeutice indicate constituie o încălcare a obligațiilor de serviciu, care atrage, după caz, răspundere disciplinară sau penală.*

Scanned with OKEN Scanner

Modul de organizare și regulile de efectuare, din punct de vedere medical, a expertizei psihiatrico-legale sînt cuprinse în Decretul nr. 446/1966 (16), privind organizarea instituțiilor și serviciilor medico-legale, și în Regulamentul de aplicare a acestui decret, aprobat prin H.C.M. nr. 1085/1966 (17), care consacră un capitol special (cap. IV) expertizei psihiatrico-legale.

Potrivit acestor acte normative, expertiza psihiatrică-legală se efectuează de o comisie formată dintr-un medic legist și doi medici psihiatri, iar dacă expertiza privește un minor, și de către specialiști de neuropsihiatrie infantilă, eventual psiho-pedagogi (art. 42 din H.C.M. nr. 1085/1966).

În privința participării medicului curant, este indicat ca acesta să aibă calitatea de consultant al comisiei de expertiză și nu de expert semnatar al raportului, pentru a se evita recuzarea lui.

În efectuarea expertizei, pe lîngă examenul psihiatric și investigații clinice și de laborator (dacă este cazul), trebuie să se consulte, din dosarul cauzei, datele privind antecedentele medicale și cele penale ale expertizatului, ancheta socială, mobilul și împrejurările în care s-a comis infracțiunea (art. 43 din H.C.M. nr. 1085/1966).

Regulile procedurale privind efectuarea expertizei psihiatrico-legale sînt cele prevăzute în codul de procedură penală pentru efectuarea oricărei expertize (art. 118—125), dintre care menționăm : • obligația organului de urmărire penală sau a instanței de judecată de a aduce la cunoștința experților obiectul expertizei și întrebările la care trebuie să răspundă (art. 120) ; • dreptul experților de a lua cunoștință de materialul dosarului necesar pentru efectuarea expertizei (în cursul urmăririi penale, aceasta se face cu încuviințarea organului de urmărire), de a cere lămuriri cu privire la anumite fapte ori împrejurări ale cauzei (art. 121) ; • obligația expertului de a întocmi un raport scris (opiniile separate fiind consemnate în raport sau într-o anexă) (art. 122) care trebuie să includă, printre altele, și concluziile (art. 123) ; • ele cuprind răspunsurile la întrebările puse și părerea expertului asupra obiectului expertizei.

În legătură cu această ultimă dispoziție din codul de procedură penală, precum și cu cele cuprinse în art. 44 și 54 din H.C.M. nr. 1085/1966, se prevede ca, în concluziile raportului de expertiză psihiatrico-legală, să fie cuprinse și propuneri de măsuri ce trebuie luate în conformitate cu dispozițiile legale, adică măsura de siguranță a obligării la tratament medical sau a internării obligatorii, prevăzute de art. 113 și 114 c. pen. pentru bolnavii psihici periculoși. Prin aceasta, expertul nu se substituie însă instanței de judecată, deoarece nu el soluționează cauza, instanței de judecată revenindu-i acest drept.

Concluziile raportului de expertiză nu vor cuprinde, deci, părerea experților cu privire la soluția care trebuie dată în cauză sau cu privire la vinovăția sau nevinovăția celui expertizat, ori dacă este responsabil sau nu pentru fapta săvîrșită, ci numai dacă persoana supusă expertizei suferă sau nu de o tulburare psihică de natură să-i afecteze capacitatea normală de a înțelege și de a-și dirija voința sau dacă starea sănătății lui îl împiedică sau nu să ia parte la procesul penal. Opinia experților, propunerile, precum și alte recomandări făcute de către aceștia nu sînt obligatorii pentru organele de urmărire penală sau pentru instanța de

Scanned with OKEN Scanner

judecată, ci ele sînt supuse aprecierii acestora, care au obligația să le examineze și să le discute temeinicia; să le admită sau nu, în măsura în care se impun prin argumentație științifică și prin coroborare cu celelalte mijloace de probă.

Raportul de expertiză trebuie să cuprindă o descriere clară, precisă și completă a celor examinate, precum și o prezentare sistematizată a constatărilor obținute, pentru a facilita înțelegerea corelației între datele expertizei și concluziile sale. Raportul trebuie să fie obiectiv, adică să cuprindă o analiză amănunțită a celor constatate, fără să omită nici o circumstanță necesară lămuririi cauzei, indiferent dacă aceasta este în favoarea sau defavoarea celui expertizat.

Pentru a se efectua o expertiză cît mai folositoare cauzei, pentru ca aceasta să fie înțeleasă și apreciată cum trebuie de către organele judiciare, *este necesară o pregătire interdisciplinară a celor două categorii de lucrători — medicii să aibă cunoștințe din domeniul dreptului și juriștii, din domeniul medicinii, îndeosebi din cel al psihiatriei — dar și o colaborare, un sprijin cît mai substanțial, prin furnizarea reciprocă de explicații și date, de natură să faciliteze înțelegerea unor aspecte din specialitatea celuilalt* (18). Scopul ? Stabilirea adevărului (22).

Pentru creșterea calității expertizei, se recomandă ca cei ce au efectuat expertiza să cunoască modul în care aceasta a fost valorificată în justiție și în ce măsură propunerile comisiei au fost reținute de organele judiciare, aspect care intervine și atunci cînd comisia este chemată să-și dea avizul pentru încetarea măsurii de siguranță propusă.

Decretul nr. 446/1966 și H.C.M. nr. 1 085/1966 stipulează că expertiza psihiatrico-legală se efectuează de către unitățile din rețeaua medico-legală. Psihiatrii consideră că este de preferat ca aceste expertize să se realizeze în special de către laboratoarele de medicină legală. Întrucît, în cazul inculpaților arestați, internarea în vederea expertizării se face numai în Spitalul penitenciar din București, psihiatrii apreciază că, pentru decongestionarea acestuia, este necesară înființarea de secții spitalicești penitenciare la nivel de județ sau interjudețene, art. 117 alin. 2 cod procedură penală, care prevede că expertiza obligatorie se efectuează în instituții sanitare de specialitate, permițînd aceasta.

Alte reglementări privind bolnavii psihici

Cu privire la bolnavii psihici, există, în afară de reglementările referitoare la asistența lor medicală, și cele care privesc domenii diferite ale dreptului, toate urmărind ocrotirea acestei categorii de persoane. Vom enunța cîteva dintre cele mai importante, cu prezentarea și a unor probleme — desigur limitate — referitoare atît la aspectele juridice, cît și la cele de ordin medical, cu precădere psihiatric.

În domeniul *dreptului civil* și al *dreptului familiei*, trebuie menționate, în primul rînd, art. 142—151, care reprezintă sediul principal al materiei, art. 152 lit. c, art. 159 lit. d din Codul familiei (19), art. 11 din Decretul nr. 31/1954, privitor la persoanele fizice și juridice, Decretul nr. 32/1954, pentru punerea în aplicare a Codului familiei și Decretul nr. 31/1954, precum și alte dispoziții din Codul civil (20) și Codul de procedură civilă (21), ce reglementează instituția interdicției judecătorești, ca instituție de ocrotire a alienaților și debililor mintali.

Scanned with OKEN Scanner

Astfel, art. 142 din Codul familiei prevede că „cel care nu are discernămîntul necesar pentru a se îngriji de interesele sale, din cauza alienației mintale ori a debilității mintale, va fi pus sub interdicție".

Din cauza lipsei discernămîntului, pentru ca o persoană să se bucure de deplina capacitate de exercițiu, art. 11 din Decretul nr. 31/1954 prevede la lit. b că „persoana pusă sub interdicție nu are capacitate de exercițiu".

Trebuie precizat că alienații mintali și debilii mintali au capacitate de folosință, deci capacitatea, aptitudinea de a avea drepturi și obligații, pentru că această capacitate de folosință o au, potrivit art. 5 alin. 1 din Decretul nr. 31/1954, toate persoanele fizice, chiar și cele fără o voință conștientă sau insuficient dezvoltată. Ei nu au însă capacitatea de exercițiu, deci capacitatea, aptitudinea de a-și exercita drepturile și de a-și asuma obligații, încheind personal acte juridice.

Potrivit art. 144 din Codul familiei, interdicția se pronunță de instanța judecătorească. Celui pus sub interdicție i se instituie o tutelă, tutorele fiind desemnat de autoritatea tutelară (art. 145 Codul familiei). În caz de nevoie și pînă la rezolvarea cererii de punere sub interdicție, autoritatea tutelară va putea numi un curator pentru îngrijirea persoanei și reprezentarea celui a cărui interdicție a fost cerută, precum și pentru administrarea bunurilor (art. 146 din Codul familiei).

Art. 149 din Codul familiei prevede că tutorele este dator să îngrijească de persoana celui pus sub interdicție, spre a-i grăbi vindecarea și a-i îmbunătăți condițiile de viață, precum și că autoritatea tutelară, de acord cu serviciul sanitar competent și ținînd seama de împrejurări, va hotărî dacă cel pus sub interdicție va fi îngrijit la locuința lui ori într-o instituție sanitară.

Interdicția poate fi cerută de autoritatea tutelară, precum și de persoanele sau organele de stat sau organizațiile obștești, conform prevederilor art. 115 din Codul familiei (art. 143 C. fam.).

Așadar, interdicția alienaților și a debililor mintali este o instituție de ocrotire a acestora, necesitatea ei fiind constatată de instanța judecătorească, iar organizarea concretă a ocrotirii fiind dată în sarcina autorității tutelare, care desemnează un tutore. Astfel, interdicția alienaților și a debililor mintali reprezintă o reală instituție de ocrotire, subordonată scopului îngrijirii și vindecării persoanei puse sub interdicție, al recuperării ei sociale.

În legătură cu condiția — prevăzută de lege pentru punerea sub interdicție a unei persoane — ca aceasta să fie lipsită de discernămînt, trebuie arătat că prin lipsă de discernămînt se înțelege inaptitudinea unei persoane de a-și manifesta rațional voința, cu alte cuvinte, de a dispune de înțelegerea semnificației actelor sale și de a se conduce în conformitate cu acestă înțelegere. De asemenea, subliniem că lipsa de discernămînt trebuie să rezulte dintr-o stare de alienație sau debilitate mintală, de durată, nefiind vorba de o criză accidentală, fără să se ceară însă continuitatea lor absolută ; existența unor intervale lucide sporadice nu exclude, deci, necesitatea punerii sub interdicție.

În domeniul *dreptului familiei*, dispozițiile principale asupra bolnavilor psihici sînt următoarele : art. 9 din Codul familiei, care interzice

Scanned with OKEN Scanner

căsătoria alienatului mintal și a debilului mintal, precum și a celui lipsit vremelnic de facultățile mintale (cît timp nu are discernămîntul faptelor sale); art. 117, lit. a, care interzice a fi tutore cel pus sub interdicție și art. 68, care prevede aceeași interdicție pentru cel care înfiază. Trebuie menționat, de asemenea, art. 613 codul de procedură civilă, introdus prin Decretul nr. 680/1969, care prevede că dacă motivul de divorț este că soțul pîrît suferă de alienație mintală cronică sau debilitate mintală cronică, președintele instanței fixează direct termenul de judecată, fără termen de gîndire.

Potrivit art. 9 din Codul familiei, alienația mintală și debilitatea mintală constituie impedimente pentru încheierea căsătoriei, indiferent dacă au fost sau nu constatate prin procedura specială a interdicției. Alienatul și debilul mintal nu se pot căsători nici în momentul în care nu sînt lucizi, nici în momentele de luciditate pasageră, pe cînd cel lipsit vremelnic de facultățile mintale nu poate încheia căsătoria „cît timp nu are discernămîntul faptelor sale", în momentele de luciditate el putîndu-se căsători. Rațiunea prevederilor cuprinse în art. 9 din Codul familiei este aceea de a asigura, în cadrul căsătoriei, raporturi normale atît între soți, cît și între aceștia și copii, precum și de a înlătura posibilitatea procreării unor copii cu deficiențe psihice.

Termenii de „alienat mintal" și „debil mintal", folosiți în textele juridice, nu sînt considerați de psihiatri riguros exacți, în raport cu noțiunile și clasificările bolilor psihice stabilite. Se impune, deci, o racordare a terminologiei juridice cu terminologia psihiatriei contemporane. Pînă atunci sînt necesare însă precizări din punct de vedere medical, privind înțelesul noțiunilor folosite de textele de legi în vigoare, deoarece alienația mintală sau debilitatea mintală în psihopatologie nu reprezintă un diagnostic, ci o diversitate de diagnostice. Și aceasta, cu atît mai mult cu cît psihiatrul își asumă întreaga responsabilitate în ce privește determinarea concretă a cazurilor care intră în prevederile legii.

Astfel, cu privire la noțiunea „debilitate mintală", trebuie arătat că în practica psihiatrică se întîlnesc stări defective psihice globale, incomparabil mai numeroase și mai diverse decît cele cuprinse sub eticheta debilității, stări care justifică același regim juridic cu cel stabilit pentru debilii mintali. De exemplu, în cadrul oligrofreniilor, întîlnim și imbecilitatea, și idioția, iar dincolo de domeniul oligofreniilor, apare diversitatea stărilor demențiale.

Expresia de debilitate mintală, folosită în textul de lege, trebuie interpretată în sensul că ea cuprinde toate situațiile de defect psihic global. În plus, însăși paleta debilității mintale propriu-zise (în sensul psihopatologic) este foarte amplă. De aceea, repercusiunea socială a fiecărui tip de defect va trebui stabilită de psihiatri, în raport cu fiecare situație concretă în parte. În psihiatria militară, de exemplu, formele marginale ale debilității mintale sînt considerate compatibile cu serviciul militar, iar potrivit Instrucțiunilor nr. 27 ale Ministerului Sănătății, privind aplicarea Decretului nr. 770/1966, se permite avortul de la debilul mintal, în jos.

Psihiatrii consideră că aceste categorii ar putea fi acceptate — în principiu — ca făcînd parte și din situațiile interzise de lege la căsătorie

Scanned with OKEN Scanner

și că, în consecință, debilul mintal superior și cel inferior — nu atît marginalul — ar putea să se căsătorească.

Tribunalul Suprem a decis însă să considere lipsită de relevanță împrejurarea că soțul a cunoscut sau nu, anterior căsătoriei, existența stării de alienare sau de debilitate mintală a celuilalt soț; deci căsătoria încheiată în acest fel de condiții este nulă, decizie justificată prin interese de ordin social.

Psihiatrii consideră că, în determinarea cazurilor care intră în categoria „alienație mintală", noțiunea folosită de asemenea în Codul familiei și în Instrucțiunile privind aplicarea Decretului nr. 770/1966, trebuie să se țină seama de o multitudine de factori. De exemplu, pentru un schizofren declarat, este admisibilă căsătoria dacă există un consens al partenerilor, astfel după cum și întreruperea sarcinii nu este obligatorie, ci doar posibilă, într-un asemenea caz.

Folosirea — fără a fi strict medicală, a terminologiei „alienare mintală" și „debilitate mintală" — se explică și prin aceea că legiuitorul s-a referit la formele extreme ale bolilor psihice — alienația mintală și debilitatea mintală — forme ușoare a oligofreniei. Aceasta face ca, *a fortiori*, în prevederile legale să intre formele mai grave ale aceleiași anomalii psihice și nu ca ele să fie excluse din sfera de aplicare a legii. Din punct de vedere juridic, hotărîtoare fiind lipsa de discernămînt, este suficient ca ea să fi rezultat dintr-o boală sau anomalie mintală cu efecte durabile, pentru ca punerea sub interdicție să fie nu numai posibilă, dar și necesară.

Întrucît interzicerea prin lege a căsătoriei unui bolnav psihic nu înlătură integral cauza principală a instituirii acestei interdicții — procrearea unor copii cu deficiențe psihice — difuzarea genei purtătoare de informație patologică putînd să se producă și în situația unui concubinaj sau a amorului liber, practicat destul de des de către alienații și debilii mintali, psihiatria românească pune un accent deosebit și pe utilitatea sfatului genetic în prevenția primară.

Asupra *dreptului muncii*, unele aspecte au fost enunțate în capitolul privind recuperarea bolnavilor psihici, unde s-au făcut și referiri la *lege lata* și *lege ferenda*. Aici vom aminti numai una din cuceririle de seamă ale psihiatriei românești, și anume organizarea ergoterapiei în unitățile medico-sanitare și de asistență socială prin H.C.M. nr. 1 210/1970, realizare ce reprezintă o dovadă a înțelepciunii politicii statului român în acordarea unei asistențe complexe bolnavilor psihici și altor categorii de deficienți și bolnavi cronici și totodată o mărturie a preocupărilor profund umaniste ale societății noastre socialiste de a recupera social aceste persoane, de a le readapta la o muncă corespunzătoare stării lor de sănătate, în raport de posibilitățile fiecăruia, de a desfășura o activitate utilă ca metodă de tratament, recompensată bănește.

Acest act normativ, împreună cu normele tehnice adiționale ale Ministerului Sănătății, instituționalizează astfel o metodă eficace de tratament — ergoterapia —, organizînd și pentru bolnavii psihici un proces de muncă într-un regim de menajare și subordonare terapeutică. În felul acesta se asigură dreptul constituțional la muncă remunerată și pentru cei care, din punct de vedere juridic, nu au capacitatea să încheie un contract de muncă, din cauza interdicției declarate printr-o hotărîre judecătorească.

Scanned with OKEN Scanner

Psihiatrii consideră, totuşi, prevederile acestui act normativ susceptibil de ameliorări, fiind necesară o mai bună corelare cu alte dispoziţii de lege. O altă remarcă : chiar în forma actuală, aplicarea lui ar trebui să devină obligatorie în toate spitalele de psihiatrie.

De o deosebită însemnătate sînt şi dispoziţiile cuprinse în art. 20 din Decretul nr. 313/1980. Ele prevăd că unităţile socialiste, unde sînt sau au fost încadraţi bolnavii pentru care s-a dispus încetarea tratamentului medical obligatoriu, au datoria să asigure, în cazul unei capacităţi de muncă păstrată, desfăşurarea sau reluarea activităţii în locuri de muncă potrivit indicaţiilor comisiei. Dacă posibilităţile de adaptare a bolnavului sînt necorespunzătoare solicitărilor vechiului loc de muncă, se va proceda, la indicaţia comisiei, la schimbarea locului de muncă.

Bolnavii psihici neîncadraţi în muncă anterior tratamentului medical obligatoriu vor fi orientaţi de către comisia care a dispus încetarea terapiei spre profesii potrivit aptitudinilor şi nivelului lor de pregătire.

Bolnavii psihici cu o capacitate de muncă redusă la terminarea tratamentului medical obligatoriu vor fi încadraţi în locuri de muncă potrivit recomandării comisiei de expertiză medicală şi recuperare a capacităţii de muncă.

Unităţile socialiste au obligaţia să încadreze în locuri de muncă adecvate toate categoriile de bolnavi psihici, conform prevederilor Decretului nr. 313/1980.

Direcţiile pentru probleme de muncă şi ocrotiri sociale judeţene şi din municipiul Bucureşti, după tratament medical obligatoriu, la indicaţia organelor sanitare, vor asigura repartizarea în muncă a bolnavilor psihici (Decr. 313/1980).

Statutul juridic şi social al bolnavului psihic

Bolnavul psihic beneficiază, pe lîngă reglementările juridice de bază, şi de alte reglementări, privind diferite categorii de relaţii sociale. Împreună formează statutul juridic al bolnavului psihic, al unei categorii de persoane care trebuie ocrotită, datorită stării de sănătate. Reglementările nu au astfel scop discriminatoriu, deci nu-l situează pe bolnavul psihic într-o poziţie de inferioritate degradantă sau de izolare socială.

O culegere sistematizată a acestor norme, cu eventuale comentarii şi propuneri de *lege ferenda*, ar prezenta interes pentru cei care au răspunderi privind această categorie de persoane. Şi nu numai. Ea ar contribui la cunoaşterea mai amplă a acestor reglementări, la înţelegerea exactă a sensului lor social.

În mod necesar trebuie cunoscut însă nu numai statutul juridic al bolnavului psihic, ci şi *statutul lui social*, în general, motiv pentru care prezentăm cîteva menţiuni, subliniind diferenţele existente între statutul bolnavului somatic şi cel al bolnavului psihic.

Este o temă pentru un întreg capitol al medicinii care se sprijină pe o modernă doctrină sociologică, potrivit căreia relaţia individ-grup aparţinător trebuie analizată din perspectiva *rolului, statutului şi contractului*, definibile astfel :

— *oferta grupului* — respectiv a societăţii — faţă de ins (statutul), deci, ceea ce insul poate aştepta din partea grupului ;

Scanned with OKEN Scanner

— *oferta insului față de grup* (rolul), adică ceea ce grupul — respectiv societatea — poate aștepta din partea insului.

În condițiile unei structuri sociale ample, rolul și statutul constituie, astfel, un complex dialectic.

Cel ce se simte bolnav, prezintă anumite tulburări, se îngrijește și recurge la un ajutor medical calificat, deci, ține seama de suferința sa, intră în rolul de bolnav *(sick role)*, termen introdus de sociologul american Parsons, în decada a 6-a a secolului al XX-lea (23).

Problema rolului de bolnav se plasează în atenția societății nu numai din punct de vedere teoretic ci, mai ales, practic. Cauza ? Creșterea — în ultimul timp pe plan mondial — a numărului de suferinzi. Studiile britanice și americane, de exemplu, semnalează că *cel puțin trei persoane din patru acuză în fiecare lună simptome pentru care consumă medicamente, rămîn la pat, se menajează sau apelează la medic; unul din trei bolnavi consultă medicul și aproximativ unul din 100 ajunge la spital pentru tratament.* Ceilalți recurg la automedicație ori la ajutor paramedical (sfaturi de la studenți, farmaciști, psihologi, foști bolnavi). *Numai cel ce apelează la un ajutor medical calificat intră însă în rolul de bolnav.* Eliberarea de obligațiile ce decurg normal din acest rol este condiționată de factori psihologici și sociali, reprezentînd un sacrificiu atît pentru pacient, cît și pentru societate. De aici — concluzia imediată a dublului dezavantaj, rezultat din starea de boală.

Însărcinat să certifice situația de boală, *medicul devine „judecătorul" unui anumit conflict social:* pe baza semnăturii lui, o persoană este eliberată de obligațiile de serviciu și absolvită de responsabilitatea de muncă, trecînd în rolul de bolnav ; unele drepturi deci se pierd și se cîștigă altele, *pacientul și medicul devenind parteneri în cadrul unui contract, care presupune colaborare,* realizată, de cele mai multe ori, în cazul îmbolnăvirilor somatice.

Pentru îmbolnăvirile psihice însă situația este alta. Statutul bolnavului psihic reclamă un raport deosebit față de statutul oricărei alte categorii de pacienți. Particularitatea rezidă din *incapacitatea bolnavului psihic* — a celui psihotic mai ales — *de a recepționa starea sa de boală și, deci, de a apela la un ajutor medical calificat, de a urma tratamentul prescris, de a se menaja,* într-un cuvînt, *de a fi partener de roluri, împreună cu medicul, în cadrul contractului.* De asemenea, bolnavul psihic nu este întotdeauna capabil să-și formuleze pretențiile și revendicările față de grupul social. Din acest motiv, la întîlnirea dintre rolul și statutul suferindului mintal, *psihiatrul devine reprezentantul moral autorizat al acestuia în dialogul lui deosebit cu grupul.* Și, *în același timp reprezentantul grupului,* prin tot ceea ce acesta poate oferi bolnavului psihic, motive pentru care *psihiatrul trebuie să examineze bolnavul cu meticulozitate, în totală independență și libertate* (15).

Este lesne de înțeles de ce statutul bolnavului psihic, în condițiile societății socialiste, ne apare într-o nouă textură, statul fiind acela care-i asigură îngrijirile și raporturile cu grupul.

Am dori să exemplificăm această idee prin faptul că legiferarea ergoterapiei (a tratamentului prin muncă), în condițiile țării noastre, a avut ca argument nu numai asigurarea unui cadru legal pentru activitatea terapeutică, dar și — în primul rînd — asigurarea neexploatării

Scanned with OKEN Scanner

bolnavului psihic în nici un fel, asigurarea, în raport cu capacitățile lui, a dreptului la muncă prevăzut în Constituție pentru toți cetățenii României.

Față de aceste aspecte prezentate succint, se întrevede necesitatea elaborării interdisciplinare a unui statut social al bolnavului psihic, a unui cod de competențe, care să indice locul pe care trebuie să-l ocupe fiecare din factorii angrenați în lanțul acțiunilor complexe din cadrul programului general de recuperare.

Este necesar, astfel, să se precizeze, în primul rînd, rolul și obligațiile familiei; cea care trebuie să asigure bolnavului psihic condiții corespunzătoare de locuit, de întreținere și supraveghere, principalul factor în acordarea asistenței corespunzătoare, căldura îngrijirii și afectivitatea familiei neputînd fi înlocuită de o instituție socială, oricît de bine organizată ar fi. De aceea, în unele state, cînd familia întîmpină greutăți, primește sprijin social pentru a le depăși.

Din experiența dobîndită pe plan mondial, s-a constatat că sprijinirea familiei pentru îngrijirea bolnavilor psihici este mai puțin costisitoare decît preluarea, în întregime, de către stat a acestei sarcini. În asistența bolnavului psihic, familia trebuie convinsă, cîștigată, stimulată pentru a coopera cu organele sanitare, întrucît procesul recuperator este lung și anevoios, putînd duce, în caz contrar, la eșec. Lipsa ori scăderea interesului familiei favorizează, declanșează sau intensifică reacțiile de aversiune, îngreuiază sau neutralizează progresele recuperatorii realizate prin veriga medicală. Abandonarea bolnavului de către familie determină preluarea asistenței sale, pe tot restul vieții, de către instituțiile sociale sau medicale, ceea ce înseamnă o sarcină economică în plus pentru stat.

Este necesar să precizăm și rolul actual și în perspectivă al societății în acordarea asistenței sociale bolnavului psihic, al asigurării condițiilor de recuperare socială. Societatea trebuie să-i asigure bolnavului psihic condițiile desfășurării unei activități corespunzătoare capacităților restante (fizice, intelectuale, afective) și, la nevoie, să sprijine familia sau s-o suplinească prin instituțiile sale. În situația diminuării sau a pierderii totale a capacităților psihice ale bolnavului fără familie, societatea trebuie să se substituie acesteia în întreținerea, educarea și supravegherea copiilor sau în legătură cu alte obligații.

Acest sprijin, acordat bolnavilor psihici și celor care, în general, au nevoie de susținere din partea colectivității, se înscrie pe linia politicii partidului și statului nostru de a asigura, în spiritul umanismului socialist, tuturor cetățenilor condiții pentru dezvoltarea și întărirea sănătății lor sau pentru refacerea acesteia și recuperarea capacității de muncă, în caz de îmbolnăvire.

Asistența medicală a bolnavilor psihici periculoși, în concepția școlii românești de psihiatrie

a) *Unitățile unde se internează bolnavii psihici periculoși.* Cu mai bine de zece ani în urmă, cînd în multe județe nu erau organizate secții sau spitale de psihiatrie, Ministerul Sănătății a dispus internarea bolnavilor psihici în unități din județele învecinate; pentru bolnavii psihici care au săvîrșit fapte penale, s-au profilat două unități: spitalul de

Scanned with OKEN Scanner

psihiatrie din orașul „Dr. P. Groza" și spitalul din comuna Poiana Mare, cu sprijinul consiliilor populare ale județelor Bihor și, respectiv, Dolj. Recent s-a organizat, la Lugoj, „Institutul medical educativ" pentru minorii bolnavi care au săvîrșit acte imputabile penal.

În prezent, toate județele dispun de secții de psihiatrie, astfel încît întreaga problematică a asistenței psihiatrice a trecut în sarcina secțiilor și spitalelor teritoriale, de profil, cu excepția bolnavilor încadrați în art. 114 C.P., care continuă să fie internați în cele două unități menționate.

În privința unităților consacrate internării unor astfel de bolnavi, confruntarea de opinii a relevat cîteva idei directoare, care merită să fie cunoscute.

Concentrarea tuturor bolnavilor în 1—2 unități se consideră neindicată, întrucît :

- ar însemna o *discriminare față de ceilalți bolnavi*, o delimitare nefondată etic și profesional față de problematica psihiatrică generală și de responsabilitatea oricărui spital clinic și teritorial. *Acestor bolnavi, a căror periculozitate nu este decît un aspect al simptomatologiei*, ce antrenează indezirabilitate socială, *trebuie să li se acorde prioritate, în privința terapiei intensive și a demersului recuperator-resocializant*, ceea ce se poate realiza numai prin integrarea „periculoșilor" în asistența psihiatrică generală teritorială, o integrare aproape de familie ;
- *potențialul de periculozitate și contagiune crește inductiv și după mecanisme psiho-sociologice ale grupului concentraționar*, argument major în favoarea dispersării lor în toate unitățile de psihiatrie teritoriale ;
- nu corespunde principiului echității profesionale pentru *cadrele medico-sanitare*, care *trebuie să fie competente în rezolvarea tuturor aspectelor psihiatrice dintr-un teritoriu*, și nu profilate unilateral, doar pe cazuri de periculozitate statuată juridic, în timp ce marile spitale teritoriale și clinicile universitare — incomparabil superioare ca pregătire diagnostică și terapeutică sau încadrare cu personal — să fie scutite de sarcina rezolvării cazurilor considerate mai dificile ;
- există și alte argumente peremptorii :

— medical — *creșterea gradului de alienare prin claustrare sine die*, inducție, imitație, hospitalism, conștientizare grupală a segregării, tendințe de *manu militari* ale personalului... și

— juridic — *caracterul imperativ al aplicării tuturor măsurilor de dezalienare*, la nivelul cel mai competent și controlabil din punct de vedere juridic pentru acești bolnavi care sînt, într-un fel, privați de libertate.

Aceste considerente *justifică teza integrării lor în asistența psihiatrică generală*, ceea ce impune transferarea din cele două spitale amintite în secțiile și spitalele generale de psihiatrie din teritoriile de proveniență, printre bolnavi obișnuiți.

b) Amenajările de siguranță în spitalele de psihiatrie. Prin manifestările sale psihopatologice, în anumite etape evolutive, bolnavul psihic poate jena sau tulbura mediul în care trăiește și muncește. Prima și cea mai comodă reacție a celor din jur este de a-l îndepărta, în mod obișnuit prin spitalizare. Dar și după internare, unii dintre aparținători sau alte persoane solicită garanții cu privire la împiedicarea fugii pacientului. Menținerea lui în spital constituie una din problemele cu care sîntem confruntați (garanție cerută în special pentru unitățile unde se

Scanned with OKEN Scanner

internează bolnavii psihici care au comis fapte imputabile penal — art. 114 C.P.). Este *problema amenajărilor de siguranță în spitalele de psihiatrie*, specialiștii psihiatri manifestîndu-și dezacordul cu tot ceea ce ar putea fi interpretat în analogie cu situația penitenciară. Astfel, medicația (în cadrul larg reprezentat de ergoterapie, psihoterapie, socioterapie, căci chimioterapia singulară aduce deservicii) și supravegherea bolnavului psihic — supravegherea comportamentului sub tratament fiind conduită medicală — trebuie asigurate prin măsuri organizatorice ale rețelei sanitare, conform normelor medicale și legale (încadrarea și suplimentarea cu personal corespunzător; aprovizionarea cu medicamente; instruirea cadrelor în probleme de psihiatrie legală, în centre metodologice; cunoașterea legislației sanitare; controlul eficace al executării sarcinilor de serviciu; creșterea gradului de conștiință etico-profesională și civică etc.). Repetăm, supravegherea medicală nu trebuie confundată cu paza din penitenciare. Fără o conduită medico-sanitară bine pusă la punct, utilă atît bolnavului cît și societății, în pofida amenajărilor, paza într-o unitate sanitară ar rămîne o măsură formală și de apărare incompetentă. Cercetările din multe state ale lumii confirmă observațiile noastre, demonstrînd că paza, amenajările de alarmă, gratiile, zăvoarele sau orice alte sisteme care evocă limitarea libertății sporesc tensiunea grupului alienat, agresivitatea față de personal, tendința la fugă individuală sau în complicitate, anulează rezultatele oricărei terapii și o contrazice (conform art. 114 C.P. care impune, explicit, obligația de tratament în vederea însănătoșirii). Ca să nu mai amintim ecoul defavorabil al pazei spectaculoase din spital sau în apropierea acestuia care poate neliniști bolnavii, vizitatorii, populația, efectul răsfrîngîndu-se și asupra personalului sanitar elementar (de multe ori, oameni simpli) sau mediu (în general, tineri), astfel încît incidentele și accidentele se pot înmulți.

c) Învoirea bolnavilor internați. În baza art. 114 C.P. sau a Decretului nr. 313/1980, specialiștii psihiatri susțin că orice bolnav psihic poate fi învoit. Motivația? De vreme ce art. 114 C.P. impune internarea într-o instituție medicală de specialitate pînă la însănătoșire, este clar că lasă în sarcina medicilor terapiile și conduitele medicale, în textul de lege neexistînd precizări cu privire la învoire — metodă psiho-socioterapeutică cu acțiune recuperatorie, folosită curent în secțiile și spitalele de psihiatrie, avînd, în același timp, și valoare prognostică. Pentru preîntîmpinarea unor erori sau abuzuri, învoirile trebuie avizate de 2—3 medici care cunosc foarte bine suferința, comportamentul bolnavului (la cel puțin șase luni de la internare) și comunicate dispensarului medical și postului de miliție teritorial. Desigur, învoirea își atinge scopul numai în cazul unei colaborări permanente: spital—familie—dispensar medical—spital.

d) Depistarea activă a bolnavilor psihici, cunoașterea și centralizarea cazurilor cu periculozitate socială. Acestea trebuie să rămînă în sarcina exclusivă a sectorului sanitar, numai medicii avînd competența profesională necesară. Specialiștii psihiatri asociază prognoza scăderii cazurilor cu manifestări antisociale ale bolnavilor psihici de însăși dezvoltarea rețelei de psihiatrie, atît la nivel de spital modern și umanizat, cît și — mai ales — la nivel de ambulator. Ceea ce implică, de asemenea, eforturi de organizare și cercetare pe principiul socio-psihiatriei active, comunitare, care să se interfereze sinergic cu acțiunile sociale (de muncă, prevederi sociale, autoritate tutelară) ale altor sectoare de activitate. În

Scanned with OKEN Scanner

această perspectivă este evident că tratamentul ambulatoriu al bolnavilor psihici, cu sau fără periculozitate socială, va fi mult mai eficient, dacă se va realiza o colaborare organizată între departamente (nu sporadică, numai pentru cazuri izolate de periculozitate !) care să vizeze, prioritar, latura preventivă în apariția afecțiunilor psihice și a manifestărilor de periculozitate.

e) Îngrijirea bolnavilor pe saloane sau pavilioane separate, în funcție de tema delirantă sau de fapta comisă, psihiatrii o consideră dezavantajantă. În primul rînd pentru că poate fi greșit interpretată de bolnavi, familie, anturaj și societate. Separarea de ceilalți în interiorul spitalelor ar duce la menținerea lor permanentă în camere zăvorîte, ceea ce ar echivala cu o pedeapsă, și nu cu internarea într-o unitate sanitară pentru tratament. Mult mai eficientă este îngrijirea lor nediscriminatorie, alături de ceilalți bolnavi din secțiile sau spitalele de psihiatrie teritoriale.

În acest context, considerăm oportună o nouă subliniere. Psihiatria românească este adepta principiilor umanitare în asistența bolnavului psihic, internarea lui în spital făcîndu-se numai pe baza criteriilor medicale, în opoziție cu excesele ideilor antipsihiatrice. Pentru a preveni dezorientarea sau posibile interpretări, considerăm utilă o prezentare succintă a curentului psihiatric denumit *antipsihiatrie*.

Antipsihiatrie — cauze, obiective, consecințe. Critica antipsihiatriei. Psihiatria modernă, comunitară

Atitudini antipsihiatrice s-au manifestat din totdeauna, cu mult înainte de apariția termenului „antipsihiatrie", ca o reacție firească împotriva măsurilor terapeutice dure, aplicate bolnavilor, duritate mergînd pînă la tortură sau condamnare la moarte, în perioada Inchiziției. Sînt cunoscute tratamentele azilare dezumanizante — încarcerare, imobilizare în cămașă de forță, asociate înfometării, sîngerării, purgației excesive, dușurilor, molestării. Cu timpul, deși îngrijirile au devenit mai umane iar tratamentele mai blînde, reacții antipsihiatrice au continuat să se manifeste. Motivul ? Seismoterapia și chimioterapia incisivă sînt considerate un alt gen de cămașă de forță, iar tratamentul obligatoriu, adesea necesar, o limitare a libertății de decizie a pacientului.

Însă atacul masiv la adresa psihiatriei, lansat aproape simultan în mai multe țări (Anglia, Franța, Statele Unite, Italia), cu răsunet și mare succes de public, a început în deceniul al VII-lea al secolului nostru. *Un atac pe trei canale : pacienți, public, psihiatrii înșiși.* În ultimele decenii s-a înregistrat o proliferare a literaturii (puțin studiată) scrisă chiar de bolnavi externați din azile. Pe lîngă aprecieri binevoitoare sau recunoscătoare, uneori critici moderate, cel mai adesea sînt descrise tablouri sumbre din instituțiile psihiatrice. De asemenea, s-a înmulțit numărul denunțurilor înaintate de pacienți tribunalelor asupra abuzurilor la care sînt (sau au fost) supuși în timpul internării. Consecutiv, s-au constituit ligi antipsihiatrice, precum „Biserica scientologică", susținătoarea unor campanii înverșunate împotriva psihiatriei. Numeroase asociații (de exemplu, „Alcoolicii Anonimi", asociațiile de toxicomani „Daytop Village", „Synanon") încearcă să demonstreze că se poate și fără psihiatri și că bolnavii înșiși își pot fi de folos unii altora.

Scanned with OKEN Scanner

Prin faptul că are frecvent un rol în internările obligatorii sau în externările nedorite, *psihiatrul este privit de public cu rezervă, nu rareori cu teamă sau chiar ostilitate ;* mai mult, datorită unor inconsecvențe, abuzuri, erori, este asimilat agentului de represiune — socială și politică — sau considerat factor de subminare a societății. *Antipsihiatria*, denumire lansată de Cooper în anul 1967, în lucrarea „Psychiatry and Anti-Psychiatry", se manifestă, însă, cel mai virulent din interiorul psihiatriei, ca o mișcare psihiatricidă, inițiată și condusă de cei ce, de fapt, ar fi putut și ar fi trebuit să contribuie la progresul propriei specialități (29). Una din primele lucrări, „The Divided Self" (Eul divizat), a psihiatrului englez Ronald Laing, publicată în anul 1960 (36), a fost urmată de altele, cu titluri tot mai răsunătoare : „The Myth of Mental Illness" (Szasz, 1961), „Asylums" (Goffman, 1961), „Law, Liberty and Psychiatry" (Szasz, 1968) în S.U.A. ; „Sanity Madness and Familly" (Laing și Esterson, 1968), „Raison and Violence" (Laing și Cooper, 1964), „The Politics of Experience" (Laing, 1967) ; „Psychiatry and Anti-Psychatry" (Cooper, 1967), în Anglia ; „L'histoire de la folie" (Foucault, 1961), „Une antipsychiatrie" (Heyward, Verigas Mireille, 1971) în Franța ; L'institution en négation", (Basaglia, 1970), „L'assitance psychiatrique comme problème antiinstitutionel — une expérience italienne" (Basaglia, 1971) în Italia etc.

Speculînd unele insuficiențe teoretice și practice ale psihiatriei, cunoscute și analizate deschis de reprezentanți de seamă ai acesteia, antipsihiatria duce o luptă cu obiectiv retrograd și efect demoralizant asupra celor neinițiați sau neinformați, mai ales asupra publicului larg și psihiatrilor în formare.

Concepțiile antipsihiatrice, deși deosebite în privința obiectului contestării, se axează pe patru teze principale : 1) Antinosologia, după care nu ar exista boli mintale, ci „etichete" cu rol discriminator ; 2) Sociogenia bolii mintale, potrivit căreia, ceea ce numim boală mintală ar fi o reacție normală în fața unei familii sau societăți psihotice sau psihotogene ; 3) Antiinstituționalismul, care califică spitalul de psihiatrie drept o instituție dezumanizantă, de segregare a membrilor societății ; 4) Antiterapia — respingerea oricărui tratament și acceptarea, cel mult, a unor comunități terapeutice ultrapermisive, dacă nu chiar anarhice (29).

1. *Antinosologia se întemeiază pe dificultatea asimilării*, în afecțiunile psihice, a modelului medical al sănătății fizice, psihiatria fiind acuzată de folosirea lui nejustificată, de obiectivarea bolnavului și neglijarea conținutului discursului său (24).

Încă din anul 1925, într-una din lucrările sale (32) Freud afirma : „În cadrul medicinii, psihiatria se ocupă de descrierea tulburărilor psihice și de reunirea lor în tablouri clinice, dar în momentele lor bune, psihiatrii se întreabă ei înșiși dacă aranjamentele lor pur descriptive merită numele de știință".

Pentru Szasz, profesor de psihiatrie la Universitatea din New York, *boala mintală este un „mit"* (ideea centrală, de fapt, a antipsihiatriei), *iar psihiatria, o falsă știință*, precum alchimia sau astrologia (?) ; ceea ce oamenii numesc acum boli mintale sînt, în cea mai mare parte, „comunicări exprimînd idei neacceptabile, adesea încadrate într-un idiom neobișnuit" ; *„...bolile mintale*, tot atît de ireale cît au fost și vrăjitoarele, *sînt etichete pe care le punem pe semenii noștri"*. Diagnosticul constituie o formă de respingere, o clasificare, iar orice clasificare n-ar fi decît justificarea persecuției (de exemplu a evreilor, negrilor etc.) (29).

Scanned with OKEN Scanner

Szasz neagă şi necesitatea programelor americane de sănătate mintală, asimilîndu-le vînătorii de vrăjitoare de către Inchiziţie, iar psihiatria preventivă a lui Caplan, unui „sistem birocratic, unde tot mai mulţi psihiatri lucrează mai mult sau mai puţin cu aşa-zişi pacienţi, psihiatria fiind o formă de totalitarism" (29).

Spre deosebire de consecvenţa concepţiei lui Szasz, prin care se cuprinde întregul sistem al psihiatriei (nosologie, asistenţă, prevenire, expertiză), ideile antipsihiatrilor englezi, în frunte cu Laing, sînt mai eterogene, fluctuante, preocuparea lor centrală fiind, asemenea antipsihiatrilor francezi, schizofrenia (25).

Demonstraţiile lui Kraepelin, de la începutul secolului al XX-lea, care au pus bazele psihiatriei ca specialitate medicală, sînt considerate de Laing distante, reci, modele ale incapacităţii de comprehensiune a psihiatriei clinice. Antipsihiatrul francez Heyward consideră schizofrenia inexistentă pînă la Kraepelin. După acelaşi autor, Kraepelin a inventat demenţa precoce, *„schizofrenia este o siluetă germană, îmbrăcată de un mare croitor elveţian" iar schizofrenul, „un normal care a respins modul de producţie mecanizat al civilizaţiei contemporane"* (29).

Şi isteria ar fi o invenţie, o creaţie a lui Charcot, la Salpêtrière iar tipologia psihiatrică, un act de respingere, de depreciere valorică, numită cu dispreţ „etichetaj" (26). Totul se întîmplă ca şi cum activitatea de clasificare ar funcţiona în gol, s-ar desfăşura în vederea unui rezultat nul, reluîndu-se şi corectîndu-se fără încetare pentru a nu duce la nimic — o activitate permanentă, care nu a reuşit niciodată să aducă un cîştig real. Clasificările nu ar funcţiona decît cu titlu de imagini, prin valoarea mitului vegetal pe care îl poartă. Iar „conceptele lor clare şi explicite au rămas fără eficacitate" (Foucault). În schimb, „numeroase sînt cazurile cînd un diagnostic de schizofrenie a contribuit la ruina unui destin uman", după cum „lărgirea în exces a conceptului de boală mintală poate să facă din psihiatru complicele internării în scopuri poliţieneşti" (24).

2. Pornind de la succesele *sociologiei bolilor mintale,* în stabilirea raportului sănătate mintală—factori psiho-sociali, şi descoperirea rolului familiei, al societăţii în etiopatogenia afecţiunilor psihice, *antipsihiatrii susţin că maladia mintală nu este boală,* în înţelesul medical al termenului, *ci o formă de comportament normal deviat, o manifestare determinată de opresiunea socială.*

Contrar părerilor clasice, conform cărora simptomele schizofrene sînt, în esenţă, neinteligibile, *Laing încearcă* pe baza unui model teoretic, inspirat din filozofia existenţialistă, *să demonstreze că psihoza constituie expresia unei „asecurităţi ontologice", unei intense trăiri de singurătate.* Schizofrenia ar fi încercarea de a depăşi o situaţie de netrăit, la care se ajunge datorită violenţei. Ceea ce înseamnă că *schizofrenia nu trebuie considerată boală, ci revoltă împotriva violenţei familiale şi sociale, o tentativă pentru o nouă integrare a personalităţii.* „Copilul este supus aceloraşi forţe violente, precum iubirea ; la fel au fost supuşi mama şi tatăl său, părinţii lor şi părinţii părinţilor acestora. Aceste forţe duc în special la distrugerea celor mai multe dintre particularităţile sale" (36).

„Cu timpul, noua fiinţă umană rămîne înnebunită, mai mult sau mai puţin adaptată la o lume nebună". În aceeaşi lucrare, „Raison and Violence", *Laing şi Cooper vorbesc de violenţa pe care „sănătoşii" o exercită asupra celor „etichetaţi" drept nebuni,* violenţa fiind considerată „acţiune corosivă asupra libertăţii altei persoane".

Individul pretins normal este acela care a suferit — fără să-și dea seama — toate atacurile acestei violențe exterioare. În realitate și el este nebun (înglobînd de asemenea psihiatrul), și el ar avea nevoie, pentru vindecare, să traverseze un salutar episod de schizofrenie. *Anumite teorii ale antipsihiatriei merg deci pînă la inversarea noțiunilor sănătate-boală, ajungînd la dihotomia societate bolnavă/delirant normal.*

Dintre aceste modele, cel mai extremist rămîne așa-numitul „model conspirativ", conform căruia *societatea ar fi inventat noțiunea de nebunie numai pentru a-l cuprinde pe deviantul indezirabil,* bolnavul fiind deci victima unei adevărate conspirații. Într-o asemenea perspectivă, tratamentul psihiatric apare ca un „lavage de cerveau", iar sinuciderea, o ieșire logică din această situație (26). După Laing, psihoza nu este altceva decît cunoașterea unei lumi interioare, o lume a „tăcerii", a „vacuității" și „non-ființei", sursă pentru o nouă ființă. Respingînd concepția „procesului" în schizofrenie și mergînd pe ideea că bolnavul este „simptomul familiei sale" (26), susținută de lucrările lui Brown (1960), Wyde și colab. (1965—1967), Lidz și colab. (1966). Laing și Esterson, în cartea „Sanity, madness an the Family", consideră *anomalia relațiilor din familie generatoare de psihoză.* Cel mai citat antipsihiatri este însă Bateson, reprezentant de frunte al teoriei sociogene în schizofrenie, conform căreia un factor etiologic important îl reprezintă situația „dublei legături" *(double bind),* situație care *exprimă o perturbare a comunicării din interiorul familiei subiectului.* Acesta primește injoncțiuni contradictorii din partea unuia sau a mai multor membri ai familiei, mesaje pe care nu reușește însă să le discrimineze. „În familiile psihotice" membrul identificat ca pacient prin episodul său psihotic încearcă să se elibereze de un sistem alienat, fiind de aceea considerat mai puțin „bolnav" sau măcar nu atît de alienat ca progenitura „normală" a familiilor „normale" (36).

Autorii dublei legături, cum remarcă Howells, au extins acest tip de comunicație în afara familiei schizofrenilor, nefiind totuși clar dacă psihoza trebuie privită ca o cale de adaptare la o asemenea situație sau dacă există și alte posibilități. Nu trebuie neglijat nici faptul că „double bind" poate rezulta chiar din psihoză (29).

Teoriile antipsihiatrilor par, deci, să reflecte însăși viziunea unor schizofreni despre mediul lor familial și social, viziune formată printr-un mecanism de proiecție paranoiacă, à la J. J. Rousseau (24) omițînd că, de multe ori, conflictul psihopatologic perturbant se găsește în însuși centrul subiectului afectat de maladia mintală.

3. *Antiinstituționalismul,* mîndria antipsihiatriei anilor '60—'70, se sprijină pe rezultatele studiilor de sociologie medicală. Printre primele cercetări în acest domeniu le putem cita pe cele ale lui Caudill, care în 1952, cum menționam în cap. IV, s-a internat *incognito,* într-un spital de psihiatrie și a urmărit modul în care pacienții percep tratamentul, microsocietatea formată și nivelul scăzut de cultură al acestora *(underlife).* Belknap cercetează rolul grupului de nurses (surori) mai vechi, „cultura" lui opusă adesea medicilor, modul dictatorial în care se comportă cu bolnavii sau conduce spitalul, „sistemul de putere" în spitalul de psihiatrie constituind obiect de studiu și pentru E. J. Cumming (1, 29).

Antiinstituționalismul este ilustrat cel mai bine de Erving Goffman (45) în cartea sa „Asylums", lucrare de referință a antipsihiatriei. Autorul își prezintă observațiile critice din perioada de un an, cît a lucrat ca personal mediu la spitalul „St. Elisabeth" din Washington (7 000 de paturi). *Spitalul de psihiatrie este descris ca o „instituție totalitară".*

Scanned with OKEN Scanner

asemănătoare închisorilor, mănăstirilor, lagărelor de concentrare, cazărmilor, un „loc de rezidență și de muncă, unde un mare număr de indivizi cu situații asemănătoare, izolați de societatea mai largă, pentru o perioadă lungă de timp, trăiesc împreună o viață închisă, administrată formal".

În spitalul azilar totul este supravegheat și obligatoriu, între supravegheați și supraveghetori neexistînd nici o relație terapeutică autentică; două grupuri, deci, cu statuturi complet deosebite. Spitalul favorizează violența față de bolnavul mintal, ceea ce a făcut să se vorbească atît de „imperialismul psihiatric". Spitalul accentuează depersonalizarea, agravează inadaptarea pacientului la viața socială. Dacă anterior internării individul are o concepție despre sine, odată intrat în unitatea psihiatrică acest suport se pierde datorită „degradării, umilinței, profanării eului său". La internare, bolnavului i se întocmește un dosar în care este deja „etichetat", catalogat, deseori fiind nevoit să se confeseze în public. Anamneza, predarea obiectelor personale, baia, cîntărirea, primirea uniformei, sînt folosite în scopul supunerii bolnavului și nu vindecării sale. Administrarea neurolepticelor și, uneori, utilizarea intervenției psihochirurgicale fără acceptiunea bolnavului, promovarea unui sistem jignitor de privilegii și recompense (bilete de voie, rezerve, suplimente alimentare etc.), violențele personalului mediu și auxiliar (lovituri, insulte, atentate la pudoare etc.) duc rapid la apariția „sindromului umilirii injuste", descris și de psihiatri ca Baruk, Panse, Ey. Se petrece un fenomen de „violare sau mortificare a EU-lui", de pierdere a identității, care nu contribuie la vindecare. Dimpotrivă. Tema dominantă în cultura bolnavilor azilari este poziția de inferioritate față de cei din exteriorul spitalului, sentimentul că se pierde timpul și că sînt niște exilați (32). „În concluzie, toate azilele trebuie închise și psihiatrii trebuie să devină antipsihiatri, al căror rol exact rămîne să fie precizat" (32).

Și Szasz atacă vehement internarea și tratamentul involuntar (obligatoriu), considerîndu-le imorale, nejustificate. Internarea bolnavilor periculoși este tot o formă de pedeapsă, după părerea autorului, cea mai gravă după pedeapsa capitală. În concepția lui Szasz (una din cărțile sale are subtitlul „Eșecuri asupra dezumanizării psihiatrice a omului"), „spitalizarea obligatorie este o crimă", iar psihiatria instituțională, „sclavie deghizată în terapie". Pentru cazuri cu implicații medico-legale, el contestă și capacitatea psihiatrilor de a se pronunța asupra discernămîntului. „Psihiatrul nu are nici un drept să se pronunțe dacă un criminal este sau nu responsabil. Orice autor al unui act criminal trebuie întemnițat, judecătorul fiind singurul în măsură să se pronunțe asupra acestor fapte" (39). Psihiatrii cunosc, de altfel, faptul că validitatea științifică a specialității lor a fost dezbătută mult mai aprins sub bolțile palatelor de justiție decît în universități.

Antipsihiatria critică nu numai instituțiile psihiatrice, ci pe psihiatru însuși, considerat agent al represiunii sociale, „rolul lui pe lîngă pacient nefiind decît nociv". Tratîndu-și bolnavul, „psihiatrul își tratează în realitate propriile lui tare, pe care le proiectează asupra pacientului", își descarcă „furia sa terapeutică" și a societății; deci nu pacientul, ci psihiatrul este psihotic. Tema unui simpozion de psihiatrie din Canada a fost, de exemplu: „Trebuie oare internați psihiatrii?" Temă de mare interes. Este cunoscută imageria țesută în jurul psihiatrilor — originali, ciudați, obsedați sexual, dacă nu chiar perverși, complicați, folosind un limbaj

Scanned with OKEN Scanner

esoteric, în contact cu care riști să devii mai tulburat decît erai. Mai mult, s-a lansat chiar ideea, neconfirmată (dar nici infirmată) de studii, a structurării unei *psihologii „aparte" a psihiatrilor, prin contagiune mintală*, urmare a contactului îndelungat cu un mediu alienat. Imagine cu care mulți psihiatri se complac sau chiar o stimulează, imagine care, se știe, nu este decît proiecția altora, într-un sistem de apărare ce le permite să-și descarce asupra psihiatrului toate problemele, încercînd să nege apartenența la ele (35). *Marea ambivalență față de medici, în general, devine și mai intensă față de psihiatri.* Prin specificul relațiilor interpsihice, a subtilității contactelor, apare pericolul dependenței de psihiatru. O amenințare, în același timp dorită dar și temută. Anecdotele și caricaturile despre psihoterapie, ca și reacțiile publicului, mărturisesc teama față de această dependență fantasmatică, deși este recunoscută, în cursul ședințelor psihoterapeutice, posibilitatea exprimării totale, accesul subiectului la o dimensiune umană personală, neștiută pînă atunci, cu un binefăcător efect catarctic (26). Dificultățile pe care le întîmpină psihiatrul, în demersul său, sînt sporite și de „reticența pacienților de a accepta, în lupta împotriva disperării, ajutorul cuiva, la fel de fragil, poate, și de expus ca și ei, mai ales cînd acesta nu se reclamă ca provenind de la o forță supranaturală" (26). De Ajuriaguerra a pus accentul pe *vulnerabilitatea psihiatrului*, printre dimensiunile personalității sale incluzînd și *fragilitatea*. Nu este necesar ca un chirurg să fi avut apendicită acută pentru a cunoaște această maladie, dar cu greu se poate concepe și rar poate fi întîlnit un psihiatru care să nu fi cunoscut niciodată angoasa. El este aproape tot atît de implicat în istoria bolnavului (mai ales în cursul unei psihoterapii) ca și bolnavul însuși (35). Psihiatrul îl împiedică pe pacient să rămînă liniștit nu din dorința perversă de a complica evenimentele, ci pentru a-l trimite la implicațiile sale (35). „Pentru mine, *psihiatrul este cineva care trebuie să trăiască zilnic sau aproape zilnic anxietatea extrem de intensă a bolnavului mintal*" (30); în cursul activității sale, trăiește el însuși diferitele reacții ale societății față de boala mintală, în special rejectarea anxietății și a delirului. Un sentiment profund de dezamăgire și descurajare poate interveni mai mult sau mai puțin rapid, în evoluția oricărui psihiatru, moment cînd poate surveni problema puterii, ca mecanism de apărare. În fața descurajării și dezamăgirii, psihiatrul se poate retrage sau acționa în continuare, fără să-l mai intereseze ce face; poate să devină, de asemenea, organizator sau scriitor ori poate fi cuprins de dorința de a-și domina colaboratorii, iar într-un anumit mod, și bolnavii. Toate acestea pot conduce și poate au condus chiar la ceea ce se cheamă azile. Din fericire această realitate este în curs de dispariție. Ea, totuși, „rămîne oricînd o tentativă posibilă" (30).

4. *Antiterapia* derivă din concepția de bază a antipsihiatriei — antinosologia —, fiind alimentată și de efectele secundare ale terapiei medicamentoase, regresiunea indusă prin psihoterapie, uneori de nedepășit, și de accentuarea dependenței și apariția hospitalismului.

În susținerea poziției antiterapeutice, Laing, împreună cu Cooper au prezentat cazul unei infirmiere, internată în spitalul Kingsley Hall din Londra (27). O infirmieră-șefă adjunctă, dintr-un spital londonez, persoană cu un caracter activ, rigid, disciplinat, „simte că se pierde" și „trebuie să se întoarcă în trecut" pentru a se regăsi. Cîteva sătpămîni continuă să lucreze ziua la locul său de muncă, petrecîndu-și noaptea la Kingsley Hall, pe o saltea așezată pe sol spre a se „abandona" inconti-

Scanned with OKEN Scanner

nenței de urină și fecale. Dimineața, după o baie, se întorcea la serviciu; pe percurs renunță însă la activitate și rămîne zi și noapte la Kingsley Hall. Regresiunea continuă timp de doi ani, trecînd prin stadiul de „sugar" (alimentată cu biberonul), apoi „embrionar" și chiar „preconcepțional", cînd pacienta stă tot timpul culcată, nemișcată, slăbită, mută, rece, cașectică. În momentul în care părea că se apropie de moarte, s-a produs reversiunea spontană și debutul „neogenezei". După încă șase săptămîni, cu perioade alternative de regresie și progresie, pacienta se redresează complet. În prezent, spune Laing, eroina acestei istorii nu numai că s-a refăcut, dar și pictează, sculptează, modelează și scrie, activități pentru care anterior „voiajului" nu simțea nici o înclinație. Laing numește *metanoia* un asemenea proces spontan de transformare, de regresiune, ce poate dura săptămîni, zile sau doar ore. În acest timp, bolnavul nu trebuie să beneficieze de nici un tratament, cu excepția îngrijirilor strict necesare menținerii sănătății fizice.

Ideile terapeutice ale antipsihiatriei nu sînt deloc noi. Modul în care a fost tratată infirmiera bolnavă, de pildă, nu diferă de modul cum erau tratate bolnavele catatonice înainte de introducerea terapiilor biologice și a electroșocului. Metoda era supranumită ironic „terapia brațelor încrucișate" ori, mai elegant, „oudenoterapia". Ceea ce David Cooper și Ronald Laing numesc *metanoia* este foarte asemănător cu ceea ce Carl Gustav Jung considera a fi „enantiodromie".

Pornind de pe aceste poziții, Laing afirmă că „schizofrenia, în sens existențial, are puțin de-a face cu un examen clinic, diagnostic, prognostic și prescrierea de tratament". *Psihoza fiind un „voyage", ea nu trebuie tratată, căci tratamentele ar opri călătoria și întoarcerea.* „Nu de această călătorie avem nevoie să fim vindecați, ci aceasta este în sine o cale naturală de a vindeca îngrozitoarea stare de alienare numită normalitate" (29, 36).

Ideea îmbogățirii spirituale prin traversarea unui puseu schizofren, numită de Laing *„politica experienței"* (36), a fost dezvoltată în America de un personaj foarte interesant, reverendul Anton Boisen, prin prezentarea propriei sale biografii. Dar Boisen se ferea să generalizeze. Cazuri asemănătoare sînt semnalate și de alți autori (28), o manieră romantică de a privi boala psihică inspirînd numeroase lucrări artistice și literare, dar care preced antipsihiatria.

Prin aceasta ei pot fi considerați moștenitorii mișcării suprarealiste care, cu mult înainte (de exemplu, Salvador Dali), glorificau nebunia nereținînd din ea decît aspectele mai „estetice" și uitînd latura sa distructivă. Este adevărat, retragerea impusă și astăzi în vederea tratamentului uneori îndelungat pentru afecțiuni mintale permite unor bolnavi o meditație ce îi poate conduce la remaniera existenței. În aceste cazuri nu este vorba totuși de esența bolii, ci de un epifenomen sau cel puțin de un factor parțial al acesteia (26).

Încă din 1864, Lombroso, în eseul său „Geniu și nebunie", apoi Kretschmer, în deceniul al IV-lea al secolului al XX-lea, avansează ipoteza corelației geniu-afecțiune psihică (26). Și Lange-Eichbaum (1932) apropie psihoza de creativitatea lui Copernic, Newton, Linné, Kant, Stendhal, Donizetti, Faraday, Baudelaire, dar el folosește termenul într-un sens metaforic extins. În colecția lui Havelock Ellis (1904), din peste 1 000 de mari nume, numai 44 (4,2%) fuseseră psihotici. Legătura dintre geniu și nebunie rămîne deci o excepție (21). Hölderlin, Schumann, Van Gogh,

Scanned with OKEN Scanner

Nerval, Nietzsche, Eminescu și-au pierdut puterea creativă după ce s-au prăbușit în psihoză. Pentru aceste personalități, creativitatea a fost, am putea spune, o tehnică de supraviețuire, o manieră de a stăpîni și utiliza conflictele interioare pe care le puteau încă integra înaintea prăbușirii în boala psihică (26).

Paradoxal, antipsihiatria admite tratamentul. Un tratament aparte, fără medicamente, *baza fiind comunitatea terapeutică.* Metoda provine din același curent al psihiatriei engleze, de liberalizare a vieții din spitalul de psihiatrie, apărut în deceniul al V-lea al secolului al XX-lea, care a extins „mișcarea ușilor deschise", inițiată de Bell după anul 1949. Comunitatea terapeutică a făcut carieră în urma rezultatelor obținute în tratamentul nevrozelor și psihopatiilor la combatanții celui de al doilea război mondial, fiind susținută strălucit — teoretic și practic — de Maxwell Jones, la spitalul Belmont. Teoria este rezumată de Clark astfel :

— eliberarea comunicațiilor ;
— analiza tuturor evenimentelor ;
— procurarea de trăiri instructive ;
— aplatizarea piramidei autorității ;
— examinarea rolului ;
— întemeierea comunității.

Formulele terapeutice folosite de antipsihiatrie derivă, deci, din principiile comunității terapeutice. Primul este principiul *„culturii terapeutice"*. Astfel, orice mediu închis duce la formarea unei culturi psihopatologice specifice : se știe, de exemplu, cum închisoarea tinde să devină „universitatea crimei" iar spitalul psihiatric determină „alienizare" sau „hospitalism" (după francezi), „instituționită" sau sindrom de instituționalizare (după englezi). Această cultură trebuie să devină, din psihopatologică, psihoterapeutică. Ideea este mai veche, emisă și aplicată și de Esquirol, Hermann Simon, Eugen Bleuler. Celelalte două principii sînt *„expresia spontană totală"* și *„concepția totalitară a grupului"*. Fiecare are dreptul și îndatorirea să spună, în orice moment, ce gîndește și să audă ce se gîndește despre el și despre orice altceva. Ceea ce spune fiecare poate și trebuie să fie examinat în comun. Orice incident face obiectul imediat al unei analize în grup, unde fiecare exprimă asociațiile libere care îi vin în minte. Hotărîrile, inclusiv admiterea în grup și expulzarea sau externarea, se iau în colectiv prin vot deschis. Nu se folosește nici un fel de terapie psihotropă sau psihoterapie individuală. În formele noi de comunitate terapeutică, dezvoltate în mai multe variante de către antipsihiatrie (de exemplu comunitatea de la Sutton, din Anglia), puterea, atît de blamată a psihiatrului din spitalul azilar tradițional, organizat piramidal, este înlocuită de *„totalitarismul grupului"*, de *„tirania majorității"*. Totul este discutat de grup și supus aprobării acestuia ; nu există inițiativă sau dorință personală care să poată fi pusă în practică fără aprobarea grupului. Preocuparea de a face din instituția psihiatrică un instrument terapeutic, *utilizînd exclusiv relațiile sociale din spital ca pe un agent de vindecare, conține în germene pericolul neglijării altor două dimensiuni etiologice fundamentale ale bolii mintale : dimensiunea biologică* și *cea intrapsihică*, adică lumea interioară a subiectului ca ființă unică, independentă și parțial determinată de schimbările sociale.

Comunitatea terapeutică, pe care de altfel a atacat-o în mod consecvent americanul Szasz, criticînd inconsecvențele antipsihiatriei engleze, dovedește contradicțiile concepțiilor antipsihiatrice, cînd afirmă, pe de

Scanned with OKEN Scanner

o parte, că nu există schizofrenie dar tratează „schizofrenia" și combate, pe de altă parte, necesitatea spitalelor de psihiatrie dar creează instituții de caritate, unde funcționează psihiatri.

*

Antipsihiatria face parte dintr-un vast curent de idei, cuprinzînd antimedicina, antișcoala, anticultura, antipolitica, antiinstituția. „Anti" devenise un fel de tic lingvistic în lumea occidentală a anilor '60—'70, mîndria unui fals rafinament cultural, ce revelează existența unei „antiideologii". Astfel, sociologul mexican Ivan Ilici, de pe pozițiile antimedicală, antipsihiatrică, anticonstituțională, în cartea sa „Medical Nemesis : the Expropriation of Health" (*Calder and Boyars*, 1975) susținea : „...transformînd durerea, boala și moartea dintr-un afront personal într-o problemă tehnică, practica medicală expropriază potențialul individului de a se ocupa de condiția sa umană pe un drum autonom și devine sursa unui nou gen de anti-sănătate. Renunțați la medicină, înlăturați-i pe medici și, împreună cu ei, tot restul birocrației. Restituiți oamenilor responsabilitatea pentru îngrijirea propriei lor sănătăți. Demedicalizați boala, invaliditatea și moartea. Mai ales, debarasați-vă de toate aceste spitale. Întoarce-te, societate, la natură. Învățați să trăiți cu durerea, să acceptați în mod firesc moartea timpurie" (31). Titluri ca : „The Great American Medicine Show-The unhealthy state of U.S. health care and what can be done about it" (Klaw S., New York, Viking Press, 1975), „Plaidoyer pour une antimédecine" (Ch. Dayant), „How to surviey in hospital" (Katherine Whitecorn, 1972), „L'hôpital : J'acouse" (Ed. Denoêl-Gouthier, Paris, 1975), „Malades et Médecine : la crise de confiance" (Ph. Madelin, Le Seuil, Paris, 1981), arată dezvoltarea unei crize de încredere în Occident, în instituția medicală în ansamblul ei, nu numai în cea de psihiatrie. În ultimă instanță, în orice instituție socială. În cartea „Ces malades qu'on fabrique la médecine gaspillée" (*bestseller*-ul anului '77 în Franța) prof. dr. Jean Charles Sournia, director al Serviciului medical de securitate socială din Franța, denunță *medicina devenită o industrie producătoare de bolnavi*, rezultați din bilanțuri de sănătate și alte forme de „check-up", adevărate „fabrici de bolnavi", cu abuz de analize și medicamente, costul exorbitant trecînd în contul colectivității. Autorul consideră că pentru a-i reda prestigiul, eficacitatea și chiar rentabilitatea, „medicina trebuie să înceteze de a mai fi bunul de consum care a devenit astăzi" (31).

Deci preocupările de analiză critică a societății contemporane nu sînt apanajul exclusiv al antipsihiatriei. Savantul austriac Konrad Lorenz, laureat al premiului Nobel pentru medicină din anul 1973, în cartea de mare succes „Die acht Todsünden der zivilisierten Menschheit", afirmă de pildă că cele opt păcate fundamentale ale patogeniei lumii contemporane și, implicit, ale genezei bolilor mintale sînt : • neomenia în relațiile interumane, • devastarea mediului natural, • dezlănțuirea tehnologică orbind adevăratele valori umane, • drogurile halucinogene, • degradarea fondului genetic uman, • ruptura cu tradiția, • uniformizarea gîndirii prin mijloacele *mass-media*, • înarmarea nucleară. Același savant avertizează că ideea conform căreia conduita umană (normală și patologică) derivă exclusiv din condiționarea familială și socială și nu din mecanisme înnăscute, este o eroare fatală, ce poate duce la distrugerea speciei umane (27) „Legile care ne guvernează sînt cele ale Marii Reforme de la 1656 (24) reluate și agravate ; ele mențin «infernul concentraționar al spitalelor psihiatrice» unde, așa cum știm cu toții, suferă și mor în obscu-

Scanned with OKEN Scanner

ritate condamnații social, aceia pe care adevărații inițiați îi plasează pe altare — un Nerval, un Hölderlin, un Antonin Artaud... Iată cum se scrie istoria. Fiecare din cei internați are în inimă un Van Gogh care doarme și pe care sistemul azilar îl împiedică să ajungă la conștiința propriului său geniu..." (38).

Antipsihiatria, după Henri Ey, este *consecința naturală a dezvoltării explozive a psihiatriei*, începută în Occident către anul 1920. Prin implicarea psihicului în toate activitățile umane, psihiatria s-a crezut în stare să dirijeze educația, să rezolve conflictele sociale, să se pronunțe asupra problemelor păcii și ale războiului etc. (E. Fromm). Eroare intuită încă din 1947, cînd Ey prezicea că această „pan-psihiatrie" va duce la disoluția psihiatriei însăși.

După alții, antipsihiatria face parte dintr-o vastă *mișcare de nihilism* cultural, manifestat de la începutul secolului și afirmat prin „futurism", „dadaism", „suprarealism" iar mai recent, prin „hippies" sau adepții „punk".

Antipsihiatria poate fi considerată o *„luare la cunoștință"*, colectivă, fenomen prezent în perioada de declin al unor mari instituții sociale, semnalat de cercetările de sociologie ale lui Herbert Spencer : „cînd un rău este foarte mare, atrage puțin atenția ; cînd începe să scadă, se fac eforturi mari pentru a-l micșora ; cînd a scăzut foarte mult, se reclamă din toate părțile măsuri energice pentru a-l suprima". După acest autor, progresele farmacologiei au dus la golirea spitalelor psihiatrice de o mare parte din bolnavi și numai atunci au părut scandaloase anumite abuzuri care aveau loc în ele și, sub numele de antipsihiatrie, s-a ridicat o vastă mișcare de opinie (28).

Putem conchide că *unele idei antipsihiatrice* sînt în primul rînd *forme deghizate ale criticii capitalismului contemporan*, deși s-ar putea replica — ele sînt valabile pentru întreaga lume contemporană, ca efect al înstrăinării.

Antipsihiatria, această generală negare a existenței maladiei mintale, a necesității spitalelor de psihiatrie, a tratamentului sau chiar a psihiatriei ca ramură a medicinii, a stîrnit replici viguroase ale psihiatrilor din lumea întreagă. Cum am menționat, extinderea înțelegerii bolii mintale, acceptarea mai largă a psihopatogenezei precum și a necesității de a acorda mai multă libertate bolnavilor sînt idei susținute în numeroase școli psihiatrice, dar fără excesul de argumentație anarhistă al antipsihiatriei. Martoră în această privință este psihiatria comunitară.

Din confruntarea de idei „psihiatrie-antipsihiatrie" au avut loc „mutații importante în asistența psihiatrică, mutații care au transformat psihiatria de azil și de amfiteatru a secolului trecut în psihiatria socială contemporană". A crescut ponderea asistenței extraspitalicești, s-a introdus spitalizarea parțială, au luat ființă centrele de sănătate mintală implantate în comunitate, baza „psihiatriei comunitare", s-au diversificat și introdus pe scară largă metodele socioterapice, s-au intensificat cercetările sociologice. Astfel, în contrast cu extremismul antipsihiatriei, cercetările de psihiatrie socială de la Institutul de psihiatrie din Londra (condus de J. K. Wing) (29) au demonstrat că, indiferent de factorii cauzali direcți ce ar putea fi descoperiți în etiologia schizofreniei, de exemplu, mediul social poate exercita o puternică influență asupra evoluției bolii. Prin aceste cercetări, Wing a elaborat și conceptul de *handicap secundar*, considerîndu-l condiționat de doi factori : *atitudinea negativă față de bolnav și micșorarea contactului cu lumea din afară*.

Scanned with OKEN Scanner

Sînt motive să admitem, împreună cu H. Ey, *„antipsihiatria constructivă“* (46) ; sau asemenea lui Sztutman și Porot, *„antipsihiatria pozitivă“* care, analizînd condițiile nefavorabile de tratament în spitale, a militat pentru umanizarea lor, în unele țări impunînd modificarea legislațiilor învechite. A rămas celebră afirmația lui H. Ey, în prefața cărții lui Brisset : „dacă ești antipsihiatru pentru a contesta psihiatria carcerală pe care ne-o lăsase moștenire secolul al XIX-lea, înțeleg să fiu considerat primul antipsihiatru“ (29).

Este greu de acceptat ideea că nu trebuie făcut nimic pentru a îndiguì fenomenul psihopatologic, așa cum nu putem admite că boala mintală rămîne o ficțiune, o creație artificială a medicinii. Dacă am accepta o astfel de concepție, atunci pacienții psihici nu ar mai beneficia de protecție și tratament medical și ar fi, în totalitate, supuși unor proceduri restrictive mult mai severe decît cele psihiatrice ; restrîngerea nerațională a psihiatriei, cum o demonstrează recent experiența americană și italiană prin desființarea masivă a spitalelor de psihiatriei, a dus implicit la lărgirea sistemului penitenciar.

Eșecul teoriei desființării spitalelor de psihiatriei n-a întîrziat, astfel încît și cei mai aprigi dușmani și-au reconsiderat în cea mai mare parte poziția. Preferată în prezent, rămîne atitudinea moderată : reducerea numărului de paturi de psihiatrie în țările cu indice crescut de asigurare și creșterea lor acolo unde este necesar.

Comunitatea terapeutică, aplicată riguros, în sensul prescripțiilor lui Jones — atmosferă ultrapermisivă, desființarea oricărei diferențieri între personal și pacienți, concentrarea asupra întrunirilor zilnice între pacienți și personal — nu și-a atins scopul, așa că, după o scurtă perioadă de euforie, a început să fie părăsită. O cauză, pericolul — cum se exprima Recamier — transformării acesteia într-o ideologie și practicării ei asemenea unei doctrine politice. *Folosirea neselectivă a comunității terapeutice*, în unele cazuri, *a dus la scandaluri și procese*. Aceeași evoluție a avut-o sistemul autoadministrării de către bolnavi.

Nu putem trece cu vederea faptul că prin comunitatea terapeutică s-a stimulat interesul pentru umanizarea asistenței psihiatrice, îmbunătățirea metodelor și mijloacelor terapeutice care să permită îngrijirea bolnavului psihic fără constrîngere, păstrîndu-l în mediul său familial și social, idee de bază a „psihiatriei comunitare“, promovată de școala românească de psihiatrie.

Astfel, unele din ideile de la Belmont au devenit parte integrantă a socioterapiei actuale — întrunirile zilnice între pacienți și personalul din secții, voluntari și bolnavi în roluri de îngrijire, ajutorul reciproc al pacienților, abandonarea, în anumite situații, a rolurilor profesionale formalizate, chiar a uniformei bolnavilor și personalului.

Făcînd aluzie la eșecurile antipsihiatriei, Recamier sublinia că „orice instituție psihiatrică trebuie să se organizeze între cele două riscuri extreme, al încarcerării azilare și al nebuniei colective“.

Antipsihiatria nu a furnizat pînă în prezent argumente convingătoare, din care să reiasă că noile structuri amplifică posibilitatea curativă, în comparație cu spitalele clasice. Pericolul ei se manifestă încă, repetăm, și asupra generației tinere de psihiatri, specialiști în formare. *Sub influența ideilor antipsihiatriei, unii folosesc procedee terapeutice discutabile*. Ei se identifică cu pacienții, stîrnindu-i împotriva anturajului sau a familiilor lor. Alții proclamă că marea afacere a fiecăruia este „să-și găsească adevă-

Scanned with OKEN Scanner

rul personal" ; care poate fi homosexualitate, alcool, sinucidere — puțin importă ; esențialul este ca psihiatrul să-și ajute pacientul să și-l găsească și, desigur, acesta să-și plătească psihiatrul (27).

În concluzie, elementul central al antipsihiatriei este contestarea conceptului de boală mintală, în favoarea unei relativizări sociologizante, ceea ce implică excomunicarea arbitrară a psihoticului din societate prin intermediul psihiatriei ; de asemenea, atribuind psihiatriei contemporane, exclusiv, modelul medical anatomo-clinic, aplicabil numai în bolile somatice, se ignoră modelul real al psihozei și intervenția „terapeutică" adecvată.

O acceptare fără discernămînt a ideilor antipsihiatriei înseamnă și mai mult : renunțarea la asistența medicală și socială de înaltă calitate, la disculparea penală a bolnavului psihic ; *anarhizarea, pînă la dizolvare a instituțiilor psihiatrice*. Tot atît de gravă apare abținerea de la terapie, datoria etică profesională a tuturor medicilor. Subscriem astfel la ideea lui E. Pamfil : *„înțelepciunea actului psihiatric constă în însăși practica absolvirii de suferință și durere morală. Acțiunea e mult mai extinsă decît știința, iar binele posibil, mai vast decît știința medicinii"* (29).

Antipsihiatria apare deci ca un curent extremist, ce aduce, dincolo de limitele raționale, unele puncte de vedere juste ; „deși funcționează pentru psihiatru ca un sistem autocritic, care îl face să întrevadă continuu excesele posibile ale puterii sale (n.n. citește, funcției sale), ea nu poate fi acceptată fără discernămînt, reorganizarea și *reforma psihiatriei avînd nevoie de coerență și ordine în idei și acțiune"* (29).

Psihiatria reușește să aprofundeze gama tulburărilor psihice, ținînd seama, în diagnostic și tratament, de complexitatea fenomenului psihopatologic, de necesitatea integrării dimensiunilor biologice, psihologice, interpersonale și sociale. Psihozele „endogene", ținta atacurilor antipsihiatrice, sînt rezultanta unei cauzalități multifactoriale (genetice, biochimice, psihogene, sociogene). Latura biologică a esenței lor nu mai poate fi astăzi contestată, așa cum o demonstrează cercetările genetice, psihozele „endoforme" determinate de leziuni cerebrale sau intoxicații cronice, epilepsia, diversele modele experimentale (psihodisleptice, privare), precum și posibilitatea influențării lor prin mijloace somatice.

Istoria psihiatriei contrazice teza lui Foucault, conform căreia nașterea psihiatriei și a „personajului medical" (a psihiatrului, n.n.) ar însemna nu eliberarea bolnavului mintal, ci alienarea sa.

Alături de H. Ey și E. Pamfil, sîntem de părere că psihoza implică problema libertății. Dar nu în consecințe, ci în însăși structura sa, psihoza abrogînd această libertate. Patologia mintală poate fi considerată, astfel, o „patologie a libertății", iar psihiatrul, un restaurator al acesteia, devotat dezalienării. Copleșitoare răspundere, care cere știință și, deopotrivă, omenie și har !

BIBLIOGRAFIE

1. PENSE F. — Das psichiatrische Krankenhauswesen, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1964.
2. PREDESCU V. — Psihiatrie, Ed. Medicală, București, 1976.
3. * * * — Legea asupra alienaților. Monitorul oficial 203 din 15 dec. 1894.
4. CURRAN W. J., HARDING T .W. —The Law and Mental Health : Hermonizing Objectives, World Hlth. Org., Geneve, 1978
5. * * * — Jurnal nevropatologhii i psihiatrii imeni Korsakova, (Moskva), 1978. LXX—VIII, 4, 623—624.

Scanned with OKEN Scanner

6. * * * — Constituţia Republicii Socialiste România.
7. * * * — Legea nr. 3/1978 privind asigurarea sănătăţii populaţiei.
8. * * * — Legea nr. 7/1977 privind pensiile de asigurări sociale de stat şi asigurări sociale.
9. * * * — Decretul Consiliului de Stat nr. 313/1980 privind asistenţa bolnavilor psihici periculoşi.
10. * * * — Codul penal al R.S.R.
11. * * * — Codul de procedură penală al R.S.R.
12. * * * — H.C.M. 1 210/1970 privind organizarea ergoterapiei în unităţile medico-sanitare şi de asistenţă socială.
13. * * * — Decretul Consiliului de Stat nr. 12/1965 privind îngrijirea medicală a bolnavilor mintali periculoşi.
14. * * * — H.C.M. nr. 39/1965 privind aplicarea Decretului nr. 12/1965.
15. BARUK H. — Les problèmes nouveaux de la psychiatrie, *Sem. Hôp. (Paris)*, 1981, 57, 15—16, 791—794.
16. * * * — Decretul Consiliului de Stat nr. 446/1966 privind organizarea instituţiilor şi serviciilor medico-legale.
17. * * * — H.C.M. 1 085/1966.
18. * * * — Codul Familiei al R.S.R.
19. * * * — Codul civil al R.S.R.
20. * * * — Codul de procedură civilă.
21. CHARLES-NICOLAS A., ROCHETTE E., TOUZEAU D. — Le médicin entre les delinquant et le juge. *Sem. Hôp. (Paris)*, 1981, 57, 15—16, 830—833.
22. * * * — La psychiatrie médico-légale, Rapport O.M.S. sur réunion d'un groupe de travail, Sienne, 13—17 oct. 1975.
23. HEIM E. — Sociologie du rôle de malade, *Méd. et. Hyg. (Genève)*, 1980, 1 392, 3 085—3 087.
24. DONGIER M. — *Un méd. Can.*, 1973, 102, 11, 2 320—2 325.
25. MEERLOO J. A. M. — *Méd. et Hyg. (Genève)*, 1973, 31, 1 068, 1 256—1 260.
26. HAYNAL A. — *Méd. et Hyg. (Genève)*, 1978, 36, 1 984—1 989.
27. ELLENBERGER HENRI F. — *Un méd. Can.*, 1971, 100, 8, 9.
28. ELLENBERGER HENRI F. — *Un méd. Can.*, 1973, 102, 11.
29. CONSTANTINESCU G. N. — *Neurol. Psihiat., Neurochir. (Buc.)*, 1967,22, 2—3.
30. GAUTHIER YVON — *Un. méd. Can.*, 1973, 102. 11.
31. VOICULESCU M. — De veghe pe frontul vieţii Ed. Medicală, Bucureşti, 1984, 122—124.
32. SIGMUND FREUD — Introduction à la psychanalyse, Payot, Paris, 1925.
33. CUCU C. IOAN — Psihiatrie socială. Ed. Litera, Bucureşti, 1983.
34. DUMAS P. — *Un. méd. Can.*, 1971, 100, 9.
35. CAIN J. — *Gaz. Méd. de France*, 1970, 77, 3.
36. LAING RONALD — The divided self, Tavistock Publications, Ltd. Londra, 1960 ; The politics of experience, Penguin Books Ltd., Harmondsworth, 1967 ; în colaborare cu Cooper D. — Reason and Violence, Tavistock Publications Ltd., Londra, 1964.
37. COOPER D. — Psychiatry and Anti-Psychiatry, Tavistock Publications Ltd., Londra, 1967.
38. FOUCAULT M. — Histoire de la folie, Plon Librairie, Paris, 1961.
39. SZASZ THOMAS — The Myth of Mental Illness, Harper and Row, New York, 1961 ; Law, Liberty and Psychiatry, Macmillan Company The, New York, 1968 ; Ideology and Insanity, Anchor Books, Doubleday, New York, 1970 ; Anti-Psychiatry, The Paradigm of the Plundered Mind, *New Review*, 1976, 3, 29, 3.
40. BASAGLIA FRANCO — L'institution en négation, Seuil (Editions du). Paris, 1970.
41. ESTERSON A., LAING R. D. — Sanity, Madness and the Family, Tavistock Publications Ltd., Londra, 1964.
42. WING J. K. — Special Treatment, Rehabilitation and Menagement (sub red. Cooper A., Walk A.). În : „Recent Developments in Schizophrenia", Headley Brothers, Ashford, 1967.
43. PERCEK A. — Mundus Medicamenti, Ed. Medicală, Bucureşti, 1981.
44. BEJAT M., DIACICOV S., RĂŞCANU RUXANDRA — Influenţa nivelului stării de sănătate psihică asupra creativităţii şi productivităţii muncii intelectuale, Instit. de Neurologie şi Psihiatrie, contract nr. 19/1981—1983.
45. GOFFMAN E. — Asylums, Anchor Books, Doubleday, New York, 1961.
46. EY H. — l'Anti-psychiatrie, Evolut. psychiat., 1972, XXXVII, 1, 49.

Scanned with OKEN Scanner

În loc de postfață

Psihiatria a intrat într-o justificată perioadă de optimism. Ea deține astăzi mijloacele de influențare a tuturor afecțiunilor psihice — chiar a acelora considerate, pînă nu de mult, incurabile. Poate interveni cu succes în domeniul prevenției secundare (depistare, tratament) și, parțial în cel al prevenției primare și terțiare (recuperare medicală).

Sanogeneza mintală, prevenirea îmbolnăvirilor și a dependenței sociale (recuperarea familială, profesională, socială) a suferinzilor psihici depășesc cu mult aria psihiatriei, presupunînd măsuri complexe, conjugate ale întregii societăți (economice, sociale, medicale).

■ Avînd în vedere posibilitățile sporite de influențare în perioada de dezvoltare, de formare a personalității, ponderea cea mai mare o dețin măsurile de protecție a gravidei și a produsului de concepție, îmbunătățirea asistenței la naștere, ameliorarea alimentației copiilor — în special cu proteine animale — și a îngrijirii lor, îmbunătățirea educației și instrucției în familie și învățămînt, asigurarea orientării școlare pe baza științifice, intensificarea educației sanitare și eticomorale în vederea structurării unor deprinderi sănătoase, a prevenirii conduitelor deviante și a eșecului adaptativ.

■ Depistarea și neutralizarea factorilor etiologici și de risc, în scopul prevenirii îmbolnăvirilor psihice (măsuri pentru diminuarea maladiilor infecto-contagioase, noxelor profesionale, traumatismelor craniocerebrale, poluării mediului, îmbunătățirea condițiilor de muncă, aprovizionării, transportului, serviciilor publice).

■ Depistarea și protejarea categoriilor cu risc crescut : gravide, copii, vîrstnici, bolnavi somatici, persoane aflate în stare îndelungată de suprasolicitare și surmenaj.

■ Îmbunătățirea depistării îmbolnăvirilor psihice și instituirea la timp a tratamentului medical, în scopul prevenirii instalării formelor grave și a sindromului de instituționalizare.

■ Organizarea unităților de recuperare (evaluare, orientare sau reorientare profesională, calificare sau recalificare) și repartizarea în activitate remunerată a deficienților psihici ; asigurarea locurilor de muncă în întreprinderi, instituții, cooperative și organizarea de ateliere protejate pentru deficienții psihici, în scopul prevenirii instalării sindromului de hospitalism social și familial și a dependenței sociale.

Scanned with OKEN Scanner

■ Repartizarea unor suprafețe de teren pentru organizarea ergoterapiei extrabugetare.

■ Aprovizionarea tuturor unităților alimentare cu băuturi nealcoolice, în vederea scăderii consumului de băuturi alcoolice.

■ Educație sanitară de igienă și profilaxie psihică, diferențiată după vîrstă și domeniu de activitate : muncă rațională, privită ca factor stimulativ, odihnă activă fracționată, organizarea timpului liber, stimularea activităților recreative, evitarea contrarietăților, a abuzurilor alimentare, de alcool, tutun, medicamente etc.

■ Educație sanitară pentru influențarea opticii și atitudinii publicului, în sensul creșterii toleranței față de devianță, în general, inclusiv față de norma comună a inteligenței, educației aparenței vestimentației, vorbirii, așa cum este tolerată deficiența somatică.

Succesul acțiunilor va depinde, întotdeauna, de respectul pe care-l acordăm semenilor, într-o generală susținere și promovare a valorilor etern umane. Va depinde de eforturile fiecăruia în potențarea și menținerea propriei sănătăți, probînd adevărul cunoscutului vers goethian, „Își merită existența, libertatea — acela numai / ce zilnic și le cucerește neîncetat".

Scanned with OKEN Scanner

Redactor de carte: dr. **Mariana Codreș**
Tehnoredactor: **Primavera Cîmpeanu**

Bun de tipar: 14.II.1986.
Formatul: 16/70×100.
Hîrtie: H. scris I A 70×100/56.
Coli tipar: 14.

I. P. „Oltenia" Craiova
str. Mihai Viteazul nr. 4
Republica Socialistă România
Comanda nr. 303

Scanned with OKEN Scanner

ERATA

Pag.	*Rîndul*	*În loc de*	*Se va citi*
20	22 de sus	handicapant, 5—15% (16, 17).	handicapant reprezintă între 5—15% din populația infantilă (16, 17).
48	2 de sus	că 60%	că 6%
65	11 de sus	Frestig	Frostig
93	14 de sus	cu 1,9% (ritmul anual fiind de 5% în ultimii 10 ani).	cu 1,9%.
131	20 de jos	existență.	asistență.
138	29 de sus	14 ani.	12 ani (studiile elementar, mediu, universitar, inclusiv perioada de stagiu și de specializare).
142	17 de sus	de specializare	de spitalizare
144	24 de sus	clinic	clasic
179	26 de sus	Canada și statul	Canada — statul
180	8 de sus	Yemen din Australia	Yemen : din Australia
190	30 de sus	este decisivă în	este decisă în
201	17 de sus	alienația mintală și debilitatea mintală — forme ușoare a oligofreniei.	alienația mintală și debilitatea mintală (formă ușoară a oligofreniei).

Scanned with OKEN Scanner